



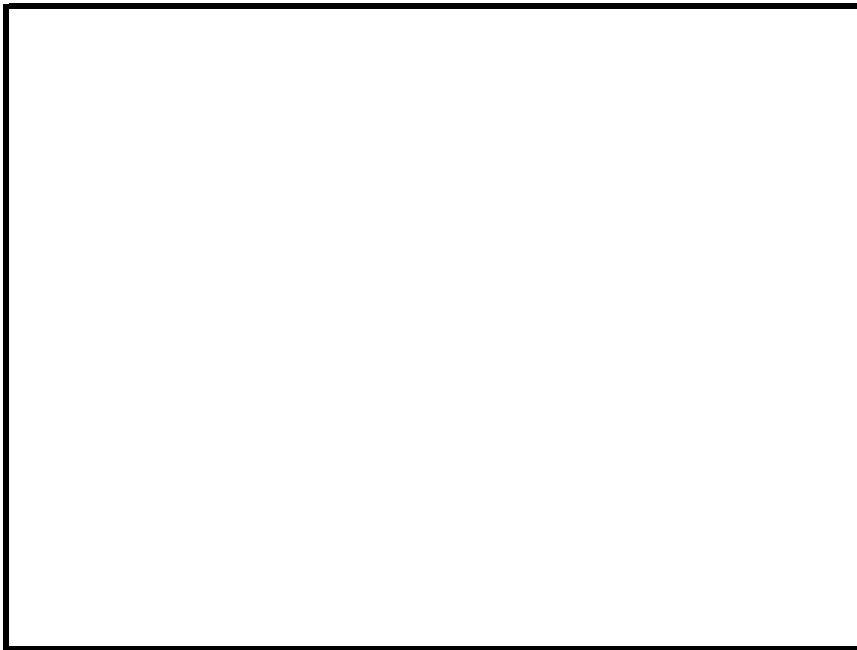
Campamento de Verano de S.O.Y.

Agosto 13-18, 2018

Perfil del Participante

Nombre del participante: _____	Teléfono: _____
Sexo: Hombre _____ Mujer _____	Grado: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Altura: _____	Color de cabello: _____ Color de ojos: _____

Favor de pegar una foto reciente del participante:



Contactos de emergencia: Las siguientes personas tienen mi **permiso ilimitado** para firmar la salida de SOY del estudiante mencionado anteriormente y se puede comunicar con él en caso de emergencia cuando no se puede comunicar conmigo. **(Se requiere un mínimo de dos)**

Nombre	Relación al estudiante	Número de casa	Número de celular

Nombre de padre/tutor: _____	Número de celular: _____
Correo electrónico: _____	Número de casa: _____



Información Adicional:
 ¿Sabes (estudiante) nadar? _____ Sí _____ NO

Padre/ tutor: ¿Hay algo más que deberíamos saber sobre su hijo/a?

Autorización para la administración de medicamentos: recetados y no recetados

La ley permite que ciertas personas ayuden a llevar a cabo la recomendación de un médico. Se entiende que S.O.Y. no está obligado legal para administrar medicamentos a mi hijo o pupilo. Por lo tanto, acepto que SOY, su personal y empleados sean libres de toda responsabilidad por los resultados de dichos medicamentos o la forma en que se administran.

Todos los medicamentos DEBEN estar en su envase original y etiquetados con el nombre del participante y las instrucciones de dispensación. El medicamento se dispensará en dosis etiquetadas en el envase, no se aceptarán modificaciones.

Por favor, enumere todos los medicamentos (incluyendo los que compra sin receta médica, medicamentos recetados) que el participante está ten forma y saludable. Proporcione suficiente medicamento para que dure toda la duración de la sesión de campamento.

Sea lo más específico posible para garantizar la administración adecuada de los medicamentos. Use el otro lado para una explicación más detallada.

Medicamento(s) Diarios

Medicamento	Propósito	Dosis	Horario

Medicamento(s) solo cuando necesario

Medicamento	Propósito	Dosis	Horario

Firma de padre/tutor: _____

Fecha: _____



Campamento de Verano de S.O.Y.

Agosto 13-18, 2018

Acuerdo y renuncia de responsabilidad e indemnización

Nombre de padre/tutor: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

En consideración de participar en cualquier programa de SOY, evento, excursión o uso de cualquier instalación de SOY, el abajo firmante acepta lo siguiente:

1. EL ABAJO FIRMADO RENUNCIA, DESCARGA Y PACTA QUE NO DEMANDARÁ A S.O.Y., sus directores, oficiales, empleados y agentes (en lo sucesivo, "eximidos") de toda responsabilidad hacia el abajo firmante, sus representantes personales, cesionarios, herederos y sus próximos parientes, por cualquier pérdida o daño a causa de una lesión a la persona o bienes, excepto según lo causado por la negligencia del eximido.

2. EL QUE FIRMA ACUERDA INDEMNIZAR, SALVAR Y MANTENER SIN PELIGRO los lanzamientos de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo en que incurran debido a la participación del suscrito en programas de SOY, eventos, excursiones o uso de instalaciones de SOY, excepto lo causado por negligencia de SOY.

EL ABAJO FIRMANTE acepta además expresamente que el anterior **ACUERDO, RENUNCIA E INDEMNIZACIÓN** está destinado a ser tan amplio e inclusivo como lo permitan las leyes del Estado de California y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el saldo deberá continuar en pleno efecto legal.

EL ABAJO FIRMANTE HA LEÍDO Y FIRMADO VOLUNTARIAMENTE ESTE ACUERDO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN, y además acuerda que no se han realizado representaciones o declaraciones o incentivos, aparte del acuerdo escrito anterior.

Firma

Fecha

Nombre de contacto de emergencia

de contacto de emergencia

Formulario de Salud

Todos los miembros de grupos que usan / alquilan las instalaciones en Camp E.L.K. **DEBE** completar este formulario, según las **regulaciones de salud de California**. Todos los menores (menores de 18 años) **DEBEN** tener este formulario firmado por el **padre o tutor con custodia**.

___ Yo, (por favor escriba el nombre), _____, tengo 18 años de edad o más y me niego a brindar esta información.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL CAMPISTA Si proporciona información (no está negando), complete la información a continuación.

Nombre y Apellido	Edad	Tipo de Sangre (si se sabe)
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Fecha de Nacimiento
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Correo Electronico

1. ¿Estás tomando algún medicamento actualmente? ___ No ___ Sí - Si la respuesta es SÍ, enumere los medicamentos.

2. ¿Tiene algún problema de salud (alergias, alergias a medicamentos, afecciones crónicas) o circunstancias especiales (condenas religiosas o disposiciones legales) que puedan afectar la participación en el programa o que deberíamos antes del tratamiento de emergencia?

___ No ___ Sí - Si la respuesta es SÍ, explique

3. ¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétanos? ___ / ___ / ____.

4. Autorización de consentimiento y tratamiento de emergencia: en caso de que no se pueda comunicar con usted en caso de emergencia o si yo mismo sufro una lesión o necesite atención médica de emergencia, doy mi consentimiento para que el campista nombrado arriba reciba dicho tratamiento de emergencia. según lo considere necesario un médico tratante.

Firma: _____ Fecha: _____

5. Notificación de emergencia: enumere a dos personas para recibir notificaciones en caso de accidente o emergencia médica.

Nombre y Apellido			
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal		
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo	Relación
Nombre y Apellido			
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal		
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo	Relación

6. Proveedor de seguro de salud _____ n.º de póliza _____

Nombre de Doctor: _____

Numerode Doctor: _____

Firma del participante / padre / tutor: _____

Fecha: _____