

Programa _____

Fecha _____

Formulario Médico Confidencial del Participante.

SECCIÓN 1 - Información General

Participante Nombre completo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento ___/___/_____ Género: F _____ M _____ Ocupación: _____ Tipo de Sangre: _____ Mail: _____ Estatura _____ Peso: _____ CI. _____	Dirección del domicilio _____ Ciudad: _____ Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Madre o Representante <i>(En caso de que sea menor de edad)</i> Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Ciudad _____	Padre o Representante <i>(En caso de que sea menor de edad)</i> Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Ciudad _____
Contacto de emergencia <i>(Que no sean sus padres)</i> Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Ciudad _____	Doctor Familiar Nombre _____ Teléfono consultorio _____ Celular _____ <i>(anunciar a su médico sobre este viaje)</i>
INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO.- Potencial Desarrollo Humano ofrece un seguro médico de hasta \$3000 por cobertura de accidente. Cada participante es responsable por cualquier gasto médico superior a dicha cantidad y deberá ser cubierto por su propio seguro de accidentes o enfermedad ¿Tiene seguro médico? Si ___ No ___ En caso afirmativo favor adjuntar una copia de la tarjeta de seguros de ambos lados.	

Declaración

Requerimos de su firma

Yo, el aspirante (o representante), tengo conocimiento de las actividades que se realizarán en este programa de Potencial Desarrollo Humano y permito la administración de anestesia en caso de emergencia, operación, hospitalización o cualquier otro tratamiento (sea para una emergencia o no) que se convierta en necesaria. Estoy de acuerdo en ser responsable de todos los costos asociados con dicho tratamiento, incluidos los costos de evacuación. Sé que toda la información se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario entregar datos a un proveedor médico para mi cuidado (o el de mi hijo/a, representado/a) y mi condición (o de mi hijo/a, representado/a). La falta de veracidad en este formulario puede resultar en accidentes serios. Comprendo que este programa se llevará a cabo en áreas remotas por varias horas o días, lejos de facilidades médicas, de comunicación, transporte o evacuación. Si yo (o mi hijo/a, representado/a) llego/a al programa con una condición médica, de comportamiento o psicológica que no ha sido indicada en esta ficha médica y el resultado de ello es la incapacidad de participar totalmente o dejar el programa, el costo de evacuación estará a mi cargo y sé que no se realizarán devoluciones de dinero

Potencial Desarrollo Humano y Afuera Entretenimiento se responsabiliza de tomar en cuenta todas las medidas de seguridad necesarias, tales como instructores altamente entrenados en manejo de grupos, técnicas de aventura, primeros auxilios, planes de contingencia y utilización de equipos de aventura que cumplen con los estándares de calidad y seguridad establecidos por ACCT. En caso fortuito de accidente, eximo a Potencial Desarrollo Humano y Afuera Entretenimiento de cualquier responsabilidad legal y únicamente se hará responsable en el caso de que su propio personal no emplee el cuidado necesario que emplearían sobre sí mismos, al momento de cumplir con sus obligaciones, es decir actuar negligentemente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DE LOS PADRES O REPRESENTANTES
 (EN EL CASO DE QUE SEAN MENORES DE EDAD)

En caso de que el participante sufra de alguna enfermedad por favor detallar.

* Síntomas específicos que ocurren * Frecuencia de los síntomas * Duración de los síntomas * Fecha de la última vez que ocurrió

* Tratamiento de los síntomas * Impedimentos

#	Descripción detallada

Alergias a medicamentos, comida, insectos y otros

Alergia	Reacción	Tratamiento

Medicamento que esté tomando actualmente

Medicamento	¿Para qué condición?	Dosificación	Horas

Restricciones alimentarias

Alimento	Razón

Condición física actual

Por favor liste las actividades que realiza diaria o semanalmente que indique su condición física. Asegúrese de incluir actividades como paseo de mascotas, corte de césped o actividades que realiza después del colegio o universidad como basquetbol, fútbol, entre otras.

Actividad	Frecuencia/semana	Tiempo	Esporádico	Moderado	Intenso