

Formulario de liberación de IslandWood (niños menores de 18 años)

PADRE O TUTOR: POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO CON TINTA.

Del niño _____

Escuela/Grupo: _____ Fechas del programa: _____

Del maestro _____

Edad del niño: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Identidad de género: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono durante el día: (_____) _____

Dirección (incluyendo ciudad y código postal): _____

Teléfono durante la noche :(_____) _____ Teléfono celular:(_____) _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono nocturno:(_____) _____ Teléfono celular:(_____) _____

Correo electrónico: _____

Estoy familiarizado con el programa en el que se está inscribiendo el niño. Entiendo que este programa implica actividades de naturaleza física que se llevarán a cabo en un entorno al aire libre y puede incluir caminatas por senderos y terrenos accidentados y en las cercanías de cuerpos de agua, pernoctaciones y caminatas en puentes altos y pasarelas de dosel. Además, entiendo que existen riesgos asociados con este tipo de actividades.

Advertencia de Covid-19. Existe un riesgo inherente de exposición al Covid-19 en cualquier área, pública o privada, donde las personas estén presentes juntas. Covid-19 es una enfermedad extremadamente contagiosa que se sabe que provoca enfermedades graves y la muerte. Además, hay evidencia de casos asintomáticos de covid-19 en los que las personas pueden transmitir esta enfermedad sin saberlo a otras personas. Al asistir mi hijo a IslandWood, asumo voluntariamente todos los riesgos para mi hijo relacionados con la exposición a Covid.

Como condición para participar en este programa y/o el uso del equipo y/o las instalaciones de IslandWood, acepto que seré completamente responsable de todas y cada una de las lesiones personales, daños a la propiedad, pérdida de propiedad personal o cualquier otra pérdida que pueda resultado de la participación de mi hijo, y acepto no responsabilizar a IslandWood, ni a sus respectivos agentes y empleados, en la mayor medida permitida por la ley, por cualquier daño, las responsabilidades son gastos que resultan de la participación en este programa y/o el uso por el participante de cualquier instalación o equipo de IslandWood.

Si mi hijo está tomando algún medicamento, entiendo que IslandWood no será responsable de administrar o dispensar dicho medicamento, y luego tendré que hacer los arreglos necesarios para la administración de dicho medicamento a través de la escuela de los participantes. Por la presente, doy permiso al personal de ISLANDWOOD para autorizar cualquier radiografía, prueba, procedimiento, anestesia, cirugía o tratamiento en nombre de mi hijo, y para proporcionar u organizar el transporte de mi hijo, según sea necesario en caso de una emergencia. Si yo o los contactos de emergencia designados anteriormente no pueden ser contactados, por la presente doy permiso a un médico con

licencia u otro proveedor de atención médica calificado, según corresponda, para administrar dicho tratamiento a mi hijo, el participante, según sea necesario bajo las circunstancias, incluida la hospitalización de mi hijo.

Certifico que he completado el Historial médico y el Cuestionario de salud al dorso de este formulario de forma completa y precisa y acepto toda la responsabilidad por cualquier error u omisión.

AUTORIZACIÓN DE MEDIOS/OBRAS DE ARTE: Acepto que todas las fotografías o imágenes digitales tomadas por el personal de Island Wood si mi hijo es participante del programa, y las copias de las obras de arte realizadas por mi hijo Wild Island Wood mientras participa en el programa Island Wood, serán propiedad de de IslandWood, y puede ser utilizado por IslandWood, a su discreción, para fines publicitarios, educativos, de mercadeo o publicitarios y, por la presente, consiento y autorizo dicho uso sin restricciones.

Podemos usar su información para comunicarnos con usted acerca de IslandWood. Si no desea recibir más correspondencia, háganoslo saber en info@islandwood.org.

HE LEÍDO EL ACUERDO, LO ENTIENDO COMPLETAMENTE Y OTORGO PERMISO PARA QUE MI HIJO PARTICIPE EN EL PROGRAMA PREVISTO ANTERIORMENTE.

Firma de un padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Escriba el nombre y la relación con el niño: _____

ANTES DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA DE SU HIJO,
ASEGÚRESE DE COMPLETAR LA PÁGINA DE PREGUNTAS MÉDICAS/DIETÉTICAS ADJUNTA.

<p>Raza/Etnicidad/Origen Para ayudar a apoyar nuestra misión de servir equitativamente a todos los niños, marque con un círculo o escriba en todas las categorías que describan a su hijo:</p> <p>Hispano,Latino o de Origen Español Negro o Afroamericano Asiático o Indio Indio Americano o Nativo de Alaska Oriente Medio o Norteafricano Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Blanco o Caucásico</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>** Nota: Solo utilizaremos esta información como parte de nuestro proceso de evaluación. La información específica que identifique a su hijo no se compartirá con ninguna persona u organización externa.</p>	<p>Medicamentos</p> <p>¿Está tomando su hijo algún medicamento?</p> <p>_____ Sí* _____ No</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>*Asegúrese de notificar al maestro de su hijo, presente toda la documentación requerida y proporcione a la escuela el suministro necesario de los medicamentos de su hijo antes del viaje.</p>
<p>Solicitudes de alimentos</p> <p>Si su hijo tiene alguna solicitud de alimentos (por ejemplo, solo come comida vegetariana o no come carne de cerdo por motivos religiosos, etc.) o tiene una sensibilidad a los alimentos que no ha sido diagnosticada por un médico y no tiene una acción de alergia alimentaria que la acompañe Plan, anótelos aquí.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Podemos atender la mayoría de las solicitudes de alimentos si nos avisan con anticipación.</p>	<p>Alergias</p> <p>¿Se le ha diagnosticado a su hijo alguna alergia potencialmente mortal? En caso afirmativo, indique:</p> <p>Si indicó alergias alimentarias, su hijo debe tener un Plan de salud escolar archivado en la escuela O debe presentar un Plan de acción para alergias alimentarias del médico antes de que su hijo pueda asistir.</p> <p>¿Se le ha descrito a su hijo epinefrina?</p> <p>_____ Sí _____ No</p>
<p>Misceláneo/Médico</p> <p>¿Hay algo más que crea que es importante que sepamos con respecto a la participación de su hijo en este programa? Si es así, describa:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Atención médica</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Teléfono del médico: _____</p> <p>¿El niño está cubierto por algún seguro médico:</p> <p>_____ Sí _____ No</p> <p>Si es así:</p> <p>Compañía: _____</p>