

# FORMULARIO MÉDICO DE EXPLORE AUSTIN

Año Escolar (Marque Uno)  
6o 7o 8o 9o 10mo 11o

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Apellido, Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número y Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Otro Padre o Tutor o Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Domicilio (Si es distinto al de arriba) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

## Otros Contactos de Emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

¿Su Explorer tiene seguro médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Si responde "Sí", complete la sección de seguros en la página siguiente (15).**

## CUESTIONARIO MÉDICO E HISTORIAL DE SALUD DE EXPLORE AUSTIN

**PADRES: Favor de leer este cuestionario antes de que lo complete o firme.** Conteste las preguntas a continuación acerca del historial médico pasado o actual de su hijo, marcando **SÍ** o **NO**. Si contesta **SÍ** a alguna pregunta, debemos pedir la firma de un médico o una revisión física antes de que su hijo participe en las actividades del campamento. El médico debe completar el formulario en la página siguiente (17).

La información que proporcioné acerca del historial médico de mi hijo es acertada a mi mejor saber y entender. Acuerdo en aceptar la responsabilidad por cualquier omisión si no divulgué cualquier padecimiento que mi hijo haya tenido en el pasado o que tenga actualmente.

**Firma (Padre o Tutor si niño es menor de 18)**

**Fecha**

## ¿Tiene su hijo actualmente o ha tenido alguno de estos padecimientos?

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Asma? (Sólo el tipo severo) Si es provocado por actividad, explique aquí: _____
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Cirugía de la espalda o del espino dorsal, problemas recurrentes de la espalda?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Problemas de la espalda, del brazo, de la pierna después de alguna cirugía, lesión o fractura?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Problemas de la conducta; problemas mentales o psicológicos?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Desmayos o pérdidas del conocimiento (con la pérdida total o parcial del conocimiento)?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Algún trastorno de sangrado o embolias?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Diabetes?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Disenteria o deshidratación que requiera la hospitalización o alguna intervención médica?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Alguna enfermedad o cirugía del oído, pérdida de audición o problema del equilibrio?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Infecciones del oído? (frecuentes)
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Tiene epilepsia, ataques, convulsiones o toma medicamentos para prevenir estos males?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Tiene catarros frecuentes, sinusitis o bronquitis?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Sufre de mareos frecuentes o severos provocados por la moción (mareos o náuseas cuando viaje en el carro, etc.)?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Ataques frecuentes o muy severos de fiebre del heno o alergias?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Durante los últimos 5 años ha sufrido algún traumatismo del cráneo en el cual el niño haya perdido el conocimiento?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Algún defecto o enfermedad cardíaca?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Alguna cirugía cardíaca, angina o cirugía a los vasos sanguíneos?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Tiene la tensión arterial alta o toma medicamentos para controlar la tensión arterial?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Es incapaz de realizar el ejercicio moderado?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Alguna enfermedad nefrótica o lesión al riñón?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Alguna enfermedad o lesión pulmonaria?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Sufre de migrañas complicadas y recurrentes o toma medicamentos para prevenirlas?
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	¿Tiene úlceras?

## Enfermedades de la Infancia:

Varicela \_\_\_\_\_

Sarampión \_\_\_\_\_

Rubéola \_\_\_\_\_

Paperas \_\_\_\_\_

## Alergias a Espacios Exteriores:

Hiedra Venenosa \_\_\_\_\_

Picaduras de Insecto: \_\_\_\_\_

Otra Alergia: \_\_\_\_\_

## Alergias a Alimentos/Medicamentos:

## Historial Quirúrgico:

## Medicamentos que debe tomar mientras está en el campamento:

**PERMISO PARA ASISTIR:** Entendemos y estamos enterados de que nuestro hijo tomará parte en muchas actividades físicas a diario en un ambiente natural, se expondrá a condiciones imprevisibles del clima y que existe la posibilidad de que ocurran accidentes. Por este medio otorgamos permiso a que nuestro hijo viaje en autobuses y vehículos del campamento; y en consideración del hecho de que aceptamos su participación, libramos de toda responsabilidad civil a AUSTIN EXPLORE, INC., sus Dueños, Empleados, Menores, Representantes legales u Operadores, la cual resulte de cualquier accidente o enfermedad que sufra nuestro hijo. Al firmar este formulario de consentimiento usted nos da permiso para utilizar cualquier foto o video de su hijo tomado por Austin Explore, Inc. para ser usado de parte de Austin Explore, Inc. en cualquiera de sus publicaciones o materiales promocionales. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, dando aviso por escrito con la firma del padre o tutor, entregado a Austin Explore, Inc. y con un acuso recibo de parte de Austin Explore, Inc. En cuanto yo sepa, este historial médico es correcto, y la persona nombrada arriba tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento. Por este medio otorgo permiso a Austin Explore, Inc.:

1. Para proporcionar atención médica continua.

2. Para seleccionar a personal médico y pedir radiografías o estudios rutinarios o tratamiento para la persona nombrada arriba.

**Autorización en Caso de Emergencia:** En caso de que no se pueda contactarme en una emergencia, por este medio doy permiso al médico seleccionado por Austin Explore, Inc. a hospitalizar, conseguir el tratamiento apropiado y ordenar inyecciones o anestesia o cirugía para la persona nombrada arriba. Se puede sacar fotocopias de este formulario para usarlo fuera del programa.

**Firma (Padre o Tutor si niño es menor de 18):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma (Padre o Tutor si niño es menor de 18):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**SEGURO DE SALUD**

Si su Explorer tiene cobertura de seguro de salud, complete el formulario a continuación con la mayor información posible.

Nombre del Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo: \_\_\_\_\_ Identificación del Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de Miembro: \_\_\_\_\_ Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo del Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_

*Nombre*

*Número y Calle*

*Ciudad*

*Estado*

*Código Postal*

**ATENCIÓN:**

**SÓLO SE REQUIERE UNA REVISIÓN FÍSICA SI USTED CONTESTÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ACERCA DEL HISTORIAL MÉDICO.**

**REVISIÓN FÍSICA DE PARTE DE UN MÉDICO QUE TENGA LICENCIA:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la Revisión: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

1. El solicitante está bajo el cuidado de un médico por los siguientes padecimientos: \_\_\_\_\_

2. ¿Este padecimiento impide su participación en algunas actividades del campamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2.A Si contestó que "Sí", enumere las actividades en las cuales el joven no debe participar: \_\_\_\_\_

3. Tratamiento actual (mencione los medicamentos que toma actualmente): \_\_\_\_\_

4. Explicación de cualquier incidente de pérdida del conocimiento, convulsión o concusión: \_\_\_\_\_

5. ¿El solicitante tiene epilepsia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ 6. ¿El solicitante tiene diabetes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES MIENTRAS ESTÉ EN EL CAMPAMENTO:**

1. Cualquier tratamiento que se debe continuar en el campamento: \_\_\_\_\_

2. Cualquier medicamento que se debe administrar en el campamento (indique la dosis específica): \_\_\_\_\_

3. Cualquier alergia (alimentos, medicamentos, plantas e insectos, etc.): \_\_\_\_\_

3.A Tipo de reacción alérgica: \_\_\_\_\_

Datos médicos adicionales: \_\_\_\_\_

**Para ser firmado por un médico con licencia:** .....

Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

XXX-XXX-XXXX

Dirección: \_\_\_\_\_

Número y Calle,

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha cuando se completó el formulario: \_\_\_\_\_ \*De parte de: \_\_\_\_\_

\*Ponga las iniciales si se completó de parte de la enfermera o del ayudante del médico.