

Recomendaciones para el Cuidado de la Salud: Uno de los padres puede completar las siguientes recomendaciones de salud

Yo he examinado al aplicante mencionado arriba en los 12 de salud últimos meses. Fecha en que fué examinado _____

En mi opinión, la condición de la persona encionada arriba Excluye No excluye a El/Ella en la participación en el programa de campamento
Estatura _____ Peso _____ Presión Sanguinea _____

El aplicante esta bajo el cuidado de un doctor debido a las siguientes condiciones de salud _____

Tratamiento actual (incluir medicamento actual) _____

Explicación de cualquier pérdida del conocimiento, convulsiones o conmoción cerebral _____

El aplicante sufre de ataques de epilepsia? Si No

El aplicante tiene Diabetes? Si No

Recomendaciones y Restricciones Mientras se este Acampando

Cualquier tratamiento que se tenga que continuar mientras se este acampando _____

Cualquier medicamento que tenga que suministrarse durante el campamento (especifique la dosis) _____

Alguna restricción a una dieta o plan de alimentos recetada _____

Alguna alergia (Comida, medicina, plantas, insectos) _____

Alguna limitación a las actividades _____

Información adicional de salud _____

Firma del doctor autorizado _____

Dirección _____ Dirección de la calle _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono (_____) _____

Fecha en que la forma fué completada _____ *Por _____

*Iniciales si fué completada por la enfermera o el asistente del doctor

COBERTURA DE ACCIDENTE

Yo entiendo que BWX hace todo lo posible para prevenir lesiones o accidentes.

Si ocurre un accidente, la aseguranza individual de los acampadores será usada para tratar las lesiones en Ely, Virginia, o Duluth.

Yo doy permiso al personal de BWX para usar esta aseguranza en representacion del menor descrito en esta hoja.

Mi compañía de seguros _____ Número de póliza _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Este historial de salud es correcto hasta donde tengo conocimiento y la persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades de campamento a excepción de las que son especificadas. Autorización para el Tratamiento: Yo doy mi permiso al personal médico seleccionado por el director del campamento para que ordene Rayos - X, exámenes de rutina, tratamiento; para obtener cualquier expediente necesario para los propósitos de la seguridad; y proveer o hacer los arreglos necesarios relacionados de transportación para mi o mi hijo. En caso de que no sea localizado en una emergencia, Yo autorizo al doctor seleccionado por el director del campamento para asegurar y administrar el tratamiento, incluyendo la hospitalización de la persona mencionada arriba. Las formas completadas deberán ser fotocopiadas para los viajes fuera del campamento.

Asi como mi asistencia a BWCA es un privilegio, Yo descarto a BWX, incluyendo a su mesa directiva, empleados y agentes, de mi lesión física, incluyendo la muerte, o enfermedad mientras este acampando, incluyendo a mis patrocinadores al y del viaje de campamento de BWX, en consideración de este privilegio. Yo asumiré los riesgos asociados que este conlleve ya sea que los conozca o no hasta este momento. Esta exclusión tambien incluye todos los reclamos que haga mi familia, el estado, los herederos, personal representativo o asignado.

Si yo soy menor de 18 anos, mi padre o guardián, firmando en la parte de abajo, tambien dan su consentimiento de mi exclusión y El o Ella estan de acuerdo en que la exclusión será una acción legal en contra de ellos como mis padres o guardiánes asi como a mi y mis bienes, herederos, personal asignado y representativo. Mi padre o guardián firmando en la parte de abajo tambien promete defender, indemnizar y no perjudicar a BWX por ningún reclamo afirmado por mi en contra de BWX, incluyendo a su mesa directiva, empleados y agentes, si es que me reusara a esta exclusión despues de haber obtenido la mayoría de edad.

Yo otorgo permiso a BWX a fotografiar al acampador durante las actividades de campamento y usar las fotografías y el audiovisual de BWX, y los materiales impresos sin alguna compensación o derechos de aprobación.

Firma del padre o guardián o algún adulto del personal/acampador _____

Personas autorizadas para recoger a el joven otra que no sea el padre o guardián _____

Yo tambien entiendo y estoy de acuerdo en obedecer con todas las restricciones establecidas en mis actividades de campamento enlistadas en la parte de arriba.

Firma del menor o adulto personal/acampador _____ Fecha _____