

Upham Woods Outdoor Learning Center Health Form
FORMULARIO DE SALUD DEL CENTRO DE APRENDIZAJE AL AIRE LIBRE DE UPHAM WOODS

Nombre del grupo: _____

Fechas de la visita del grupo a Upham Woods:

desde _____ hasta _____

PRIMERA PARTE: PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS y PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Al Padre, a la Madre o al Tutor Legal:

Es la política de la UW-Extensión obtener su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de aparatos médicos si su hijo, hija o pupilo/a será menor de 18 años cuando visite el Centro de Aprendizaje al Aire Libre de Upham Woods. Los medicamentos o aparatos médicos pueden ser administrados por los mismos jóvenes o por el Supervisor de Salud del grupo que está de visita.

Todos los medicamentos deben estar en una botella para medicamentos y deben tener una etiqueta con el nombre del joven, el nombre del médico y su número de teléfono, el nombre del medicamento y la dosis. Usted también debe completar el formulario a continuación:

_____ No se ha traído ningún medicamento al campamento.

_____ Quiero que el Supervisor de Salud del Campamento administre el medicamento o aparato médico. Sin embargo, mi hijo/hija/pupilo puede llevar una cantidad limitada de medicamento para condiciones que amenacen su vida (por ejemplo, un botiquín para picaduras de abeja, inhaladores).

Nombre del medicamento o de los medicamentos Médico que lo recetó Número de teléfono del médico

Cantidad que debe tomar ¿Cómo se toma? ¿Cuándo se debe administrar?

Día o días en que se debe tomar Instrucciones especiales

- Si su hijo, hija o pupilo/a será menor de 18 años cuando esté en nuestro campamento, es nuestra política obtener su permiso para un tratamiento médico.
- Al firmar abajo, usted da permiso por adelantado para un tratamiento médico en una instalación médica apropiada en caso de enfermedad o lesión.
- Al firmar abajo, usted declara que está conciente y acepta el riesgo inherente en la actividad del programa.
- Al firmar abajo usted accede a librar de responsabilidad y a indemnizar al Consejo de Regentes del University of Wisconsin System (Sistema de la Universidad de Wisconsin), a la UW-Extensión, a sus funcionarios, a sus empleados y agentes de cualquier y de toda responsabilidad, pérdida, daño o gasto que se incurra o se requiera como resultado de acciones de su dependiente durante su visita a Upham Woods.

Nombre del Participante (Por favor use letra de imprenta)

Firma del Padre, de la Madre o del Tutor

Fecha

SEGUNDA PARTE: CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Nombre Completo del Participante:		Nombre de la Organización:	
Domicilio Completo:	Número de Teléfono del Domicilio:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Altura: _____ Peso: _____	
Nombre del Padre, de la Madre o del Tutor:	Relación:	Tiene el participante reacciones alérgicas a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La penicilina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros Antibióticos _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro Medicamento (Tipo) _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picaduras de Insectos _____	
Domicilio (si es diferente al de arriba)	Número de Teléfono del Domicilio: (si es diferente al de arriba) Número de teléfono en el trabajo del Padre, de la Madre o del Tutor:		
Persona de contacto alternativa en caso de que no se pueda contactar al Padre, a la Madre o al Tutor durante una herida o una enfermedad. (Nombre, Relación, Domicilio y Número de Teléfono)		¿Toma el participante algún medicamento con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, Identifique _____ (permiso para la administración de medicamentos debe ser firmado al reverso)	
Médico: _____ Teléfono: _____	Compañía de Seguros _____ Número de la Póliza _____	Ha tenido o tiene actualmente el participante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trastorno de Pérdida de Sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia, Ataques, Demayos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad al Corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hernia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión Sanguínea Alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lesión/Cirugía de las Articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad al Riñón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultades Menstruales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas Mentales o Emocionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lesión o Dolor del Cuello o de la Espalda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlceras Otra enfermedad: _____ _____	
Registro de Inmunizaciones			
* MMR (sarampión, paperas, rubéola)			
Dosis 1 – Inmunización a la edad de 1 año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dosis 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
* Tétano-Difteria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
* El año de la última vacuna de tétano (debe ser en los últimos 10 años)			
¿Ha tenido el participante cirugía mayor o ha sido hospitalizado alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Por favor explique alguna operación importante, algún accidente o alguna enfermedad y la última vez que recibió atención médica y la razón:			
¿Tiene el participante alguna condición o algunas condiciones físicas que requieren consideración especial? Explique.			
Se recomienda un examen médico dentro de 24 meses del campamento o evento. Fecha del ultimo examen médico del participante:			