

Firefighters Kids Camp

Aplicar A Asistir Gratis!



¿Qué Hay De Campamento?

Los Firefighters Kids Camp es una semana de campamento de verano programa que proporciona a los jóvenes sobrevivientes de la quemadura con un divertido y seguro al aire libre que alienta la curación, crecimiento personal y desarrollo de la personalidad. Campamento es una excelente oportunidad para los niños a continuar su proceso de rehabilitación junto con otros niños también en diversas etapas de recuperación. Campamento honorarios son financiadas íntegramente por los Firefighters Burn Institute y asociaciones.



Para Quien es el campamento?

El campamento es gratuito a cualquier niño que:

- ha sido tratada en una unidad de quemados (o que ha sido hospitalizada para relacionadas con quemaduras y
- está entre las edades de seis (y ha terminado el primer grado) y 17 años de edad.

Nosotros servirmos generosamente los niños dentro del Norte de California y Nevada. Transporte desde y hasta el campamento es siempre de pre-puntos designados dentro del Norte de California pero pueden ser arreglados para recibir los niños procedentes de otras zonas.

Con el fin de facilitar el proceso de cicatrización de la victima de quemaduras y la unidad de la familia, hermanos y hermanas de calificados los campistas también se pueden aplicar a asistir. Hermano aceptación será evaluado en vforma individual y está sujeto a la disponibilidad de espacio.

Donde Los NIÑOS Pueden Ser NIÑOS Proporcionar un entorno que potencie nuestros campistas a desafiarse a sí mismos tanto física como mentalmente fomenta actitudes positivas, fomenta apoyo de los compañeros, y ofrece una oportunidad para que nuestros campistas para aprender lo que es lo que es capaz de cualquier cosa y todo!

Llena de Aliento

Interactuando con otras personas que han tenido experiencias comunes y problemas ayuda a los campistas mejor darse cuenta de que no están solos. Mediante interacción con los compañeros y modelos de conducta, ganan la confianza necesaria para hacer la transición de víctima a sobreviviente!



¿TENIDO EXPERIENCIAS ANTERIORES DE CAMPO DE SU HIJO?..... SÍ NO

SI RESPONDE SÍ, INDÍQUELOS AÑO Y NOMBRE DEL CAMPAMENTO: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DEL FIREFIGHTERS KIDS CAMP?

¿SU NIÑO/A TIENE MIEDO A ALGO EN PARTICULAR COMO A COSAS O SITUACIONES?

¿EN EL ÚLTIMO AÑO SU NIÑO/A HA TENIDO ALGUN CAMBIO SIGNIFICATIVO EN LA VIDA?

POR FAVOR PROVEER CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL QUE USTED SIENTA QUE LE VA AYUDAR AL CONSEJERO TRABAJAR MAS EFICAZMENTE CON SU HIJO/A, O HACER UNA LISTA CON CUALQUIER PREGUNTA O PREOCUPACION QUE USTED TENGA SOBRE NUESTRO PROGRAMA. (SI ES NECESARIO UTILIZE PAPEL ADICIONAL)

SEGURO MÉDICO Y MEDICO

PROVEEDOR DE SEGURO DE SALUD

NÚMERO DE PÓLIZA

NOMBRE DEL DOCTOR/ENFERMERA

DIRECCIÓN DE OFFICINA

TELEFONO

¿SU HIJO/ A TOMARA EL MEDICAMENTO DURANTE EL CAMPAMENTO?..... SÍ NO
Si su respuesta es si, porfavor describa el tipo, la frecuencia y la cantidad que tomara.

HISTORIAL MEDICO

ANOTE TODOS LAS ALERGIAS MEDICAS QUE USTED TENGA CONOCIMIENTO, RESTRICCIONES DIETETICAS Y ALERGIAS A LOS ALIMENTOS:

¿ESTÁ SU NIÑO VEGETARIANO?..... SÍ NO

INDIQUE SI SU NIÑO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE O EN EL PASADO HA TENIDO UNO DE LAS ENFERMEDADES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN. SI SU RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE LAS FESCHAS APPROXIMADAS.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ECCEMA | <input type="checkbox"/> DESMAYOS | <input type="checkbox"/> INFECCIONES DE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> PIOJOS |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> CONDICIONES DE LOS | <input type="checkbox"/> OLDO | <input type="checkbox"/> VARICELLA | <input type="checkbox"/> TRASTORNOS DE |
| <input type="checkbox"/> RONQUIDOS | <input type="checkbox"/> OJOS | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> SANGRADO |
| <input type="checkbox"/> HUESOS ROTOS | <input type="checkbox"/> AÑADIR / TDAH | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> PAPERAS | <input type="checkbox"/> _____ |

- ¿Hace su niño tiene problemas con cama mojar, incontinencia (pull-ups/pañales) o necesita ayuda en uso de baño o ducha?..... SÍ NO

Si su respuesta es si, porfavor describa: _____

- ¿Hay algunas actividades especificas que se aconsejan o se le niega la participacion?..... SÍ NO

Si su respuesta es si, porfavor describa: _____

- sólo para niñas ... ¿ha MENSTRUADO SU HIJA?..... SÍ NO

- ¿A SU HIJO ACTUALMENTE ROPA DE LA PRESIÓN?..... SÍ NO

- ¿EL USO DE NIÑOS LOCIÓN O CREMA EN SU PIEL?..... SÍ NO

- ¿HACE SU NIÑO USE UN APARATO ORTOPÉDICO / PRÓTESIS??..... SÍ NO

- ¿HACE SU HIJO EN LA ACTUALIDAD UTILIZA UNA SILLA DE RUEDAS?..... SÍ NO

¿Su hijo/hija va requerir alguna ayuda especifica que debemose saber mientras este en el campamento? Pro ejemplo, moja la cama, tiene pesadillas, miendo a la oscuridad, ayuda a vestirse, etc.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Por la presente yo testifico que el historial médico proporcionado en este documento es correcto, a mi mejor conocimiento y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento prescritas con la excepción siguiente.

Estoy de acuerdo a que el personal o sus agentes autorizados del Firefighters Kids Camp administren medicamentos sin receta (medicamentos genéricos o equivalentes) y / o medicamentos con receta (según sea aconsejado por un medico), por razones medicas y si se considera necesario. Esto incluye, pero no se limita a; Loción de calamina, Betadine, Leche de Magnesia, Pepto Bismol, Aspirina, Ibuprofeno, Tylenol, Neosporin, Bloqueador Solar, Sucrets, Ungüento Picar, Blistex y Visine.

Yo también entiendo que se tomarán las medidas razonables para proteger la salud y seguridad de todos los participantes en todo momento, y que se me notificará tan pronto como sea posible en caso de cualquier emergencia que afecte a mi hijo.

En caso de una emergencia y que no se puedan comunicar conmigo, doy mi permiso para que el personal médico de Firefighters Kids Camp aseguren y administren el tratamiento y pago los gastos, incluyendo el tratamiento médico o quirúrgico tal y como sea necesario; incluyendo, pero no limitado a, los rayos X, pruebas de rutina, tratamiento y el transporte necesario para mi hijo/a.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDO	RELACION AL NIÑO
teléfono de casa	teléfono del trabajo
	teléfono celular

NOMBRE Y APELLIDO	RELACION AL NIÑO
teléfono de casa	teléfono del trabajo
	teléfono celular

INFORMACION DE TRANSPORTE

INDICAN CÓMO SU NIÑO VA LLEGANDO Y SALIENDO DEL CAMPO.

MI HIJO/HIJA LLEGARÁ A CAMPO POR:

- SHRINERS HOSPITAL (Sacramento) ANGEL FLIGHT OTRO: _____
- VAMOS A OFRECER NUESTRO PROPIO TRANSPORTE (POR FAVOR LLEGAR CON NO MÁS DE 4:30 PM)

MI HIJO/HIJA SALE DEL CAMPO POR:

- SHRINERS HOSPITAL (Sacramento) ANGEL FLIGHT OTRO: _____
- VAMOS A OFRECER NUESTRO PROPIO TRANSPORTE (POR FAVOR LLEGAR NO MÁS TARDE DE 11:00 AM)

INFORMACION DE TRANSPORTE

POR FAVOR INDIQUE EL NOMBRE DE LA PERSONA(S) QUE ESTAN AUTORIZADOS PARA LEVANTAR A SU NIÑO/A CUANDO REGRESEN AL CAMPAMENTO O POR ALGUNA EMERGENCIA. SU HIJO/A SOLO TENDRA PERMISO DE IRSE CON LA PERSONA NOMBRADA AQUÍ ABAJO. IDENTIFICACION SERA REQUERIDA.

NOMBRE RELACIÓN TELÉFONO

NOMBRE RELACIÓN TELÉFONO

NOMBRE RELACIÓN TELÉFONO

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, él/ella firmante, certifico que soy el padre o tutor legal del participante mencionado arriba, y que él/ella está en buenas condiciones físicas y doy permiso para que él/ella participe en las actividades en Firefighters Kids Camp. Además, entiendo que Firefighters Kids Camp es un programa de actividad física. Lastimaduras y la exposición a temperaturas frías son unos de los potenciales peligros. Por lo cual se requiere ropa y equipo adecuado. Además reconozco que hay potencial de lesiones incluyendo torceduras, desgarros, cortadas, raspaduras, fracturas en extremidades e incluso muerte accidental. Yo, estoy de acuerdo en asumir plena responsabilidad por cualquier lesión o daños sufridos por él / ella en conexión a su estancia en Firefighters Kids Camp.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FOTOGRAFIAS / VIDEO

DURANTE LA ESTANCIA DE SU HIJO/A EN EL CAMPAMENTO, EL / ELLA PUEDE ESTAR PARTICIPANDO EN UNA ACTIVIDAD QUE SE ESTA SIENDO FOTOGRAFIADO (IMPRESION Y VIDEO). OCASIONALMENTE, ESTAS FOTOGRAFIAS PUEDEN SER USADAS PARA PROPOSITOS COMERCIALES.

- NO** NO DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO/A SEA FOTOGRAFIADO POR FIREFIGHTERS KIDS CAMP PARA FINES PROMOCIONALES
- SÍ** SI DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO/A SEA FOTOGRAFIADO POR FIREFIGHTERS KIDS CAMP PARA FINES PROMOCIONALES

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

- SÍ**
- NO**

¿PODEMOS COMPARTIR SU NÚMERO DE TELÉFONO, DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO CON OTRAS FUNDACIONES DE QUEMADURA CAMPAMENTOS, PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN DE LA QUEMADURA Y BECAS PARA COLEGIO QUE PUEDE BENEFICIAR A SU HIJO?

ACUERDO DE COMPORTAMIENTO DEL CAMPAÑISTA

¡FIREFIGHTERS KIDS CAMP PROMOTE SER UNA GRAN EXPERIENCIA PARA TODOS LOS QUE ESTAN INVOLUCRADOS! Por favor tome un momento para repasar las siguientes directrices del campamento con su hijo/a antes de firmar abajo.

COMPORTAMIENTOS ACEPTABLES INCLUYEN:

- Se espera que los campistas van a cumplir con las reglas del campo a todo momento.
- Se espera que los campistas van hacer atentos y ser respetuoso con todo el personal de campo en todo momento.
- Se espera que los campistas van a Entender y Escuchar activamente.
- Se espera que los campistas van a trabajar juntos – el “sistema de amigos/as” y se debe usar en todo momento.
- Se espera que los campistas van a proteger el medio ambiente.
- Se espera que los campistas van a cuidar cualquier equipo que utilicen y lo van a devolver al lugar donde lo encontraron.

COMPORTAMIENTOS INACEPTABLES INCLUYEN, PERO NO SON LIMITADOS A:

- No se les permitirá a los campistas actuar de una manera que exhibe humor racista o sexistas.
- No se les permitirá a los campistas amenazar o acosar a otro/a campista o miembro del personal.
- No se les permitirá a los campistas tener alcohol y / o drogas ilícitas, armas o fuegos artificiales en el campamento.
- No se les permitirá a los campistas fumar en el campamento. Cualquier producto de tabaco será confiscados y no se les devolverá.
- **No se les permitirá a los campistas traer radios, buscapersonas (pagers, por sus siglas en Ingles), teléfonos celulares u otros dispositivos electrónicos al campamento.**
- No se les permitirá a los campistas usar malas palabras o pelear en el campamento.

Firefighters Kids Camp se reserve el derecho a retirar del campamento a cualquier campista cuyo comportamiento, y bajo el juicio del Director(es) del Campo, sea determinado que sea perjudicial y para el mejor interés de los niños y adultos que utilizan las instalaciones del campamento y / o por el bienestar general del campamento.

NUESTRAS FIRMAS SIGNIFICAN QUE MI NIÑO/A HEMOS LEÍDO Y ENTENDIDO ESTA POLÍTICA Y NOS DAMOS CUENTA DE QUE ESTÁN EN VIGOR CON FIN DE ASEGURAR A TODOS LOS CAMPISTAS Y MEDIO AMBIENTE.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DEL CAMPER _____

NO HAY TELÉFONOS CELULARES SE PERMITIRÁ EN EL CAMPO.

POLÍTICA DE VACUNACIÓN

Para la salud y seguridad de nuestros campistas, el Firefighters Burn Institute de acuerdo con los estándares de la American Camp Association (ACA), solicita a todos los padres que lean y completen cuidadosamente la sección correspondiente de nuestra política de inmunización a continuación y la devuelvan a nuestra oficina a más tardar Primer día de campamento, 24 de junio de 2019.

DECLARACIÓN DE VACUNAS ACTUALES:

Yo _____, el padre / tutor de _____
Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) Nombre del campista (en letra de imprenta)

atestiguar que mi hijo está al día con todas las vacunas requeridas para la escuela. Además doy fe de que mi

la última vacuna contra el tétanos del niño estaba en _____.
FECHA (MM/YY)

DE FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FECHA

EXENCIÓN DE LA INMUNIZACIÓN: PARA MENORES QUE NO TIENEN INMUNIZACIONES POR MOTIVOS RELIGIOSOS U OTROS. SI HA LLENADO LA PARTE SUPERIOR, OMITA ESTA SECCIÓN.

AFVIDAVIT PARA SER FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR

Solicito la exención de mi hijo _____ de la inmunización
Nombre del campista (Imprimir)

Requisitos para la asistencia al campamento porque todas o algunas vacunas son contrarias a mis creencias. Entiendo que en el caso de un brote de cualquiera de estas enfermedades, el campista mencionado anteriormente puede ser excluido temporalmente del campamento para su protección.

FECHA DE FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FECHA



LANZAMIENTO DE FOTOS

EL INSTITUTO DE INCENDIOS DE BOMBEROS (FFBI) ES UNA ORGANIZACIÓN CARITATIVA QUE DEPENDE DEL APOYO FINANCIERO DEL PÚBLICO PARA OPERAR Y OFRECER PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN PARA LOS SUPERVIVIENTES DE QUEMADURAS. LOS PROGRAMAS DEL FFBI EN EL MERCADO, LAS RELACIONES PÚBLICAS Y LOS PROGRAMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS DISEÑADOS PARA PUBLICAR LA DISPONIBILIDAD DE SUS SERVICIOS Y LA NECESIDAD DE DONACIONES Y APOYO FINANCIEROS CONTINUADOS. EL FFBI PIDE SU CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VIDEOTAPAS, AUDIOTAPAS, FOTOS DE MOVIMIENTO U OTRAS GRABACIONES QUE CONTENGAN IMÁGENES Y / O VOZ DE USTED (SI ES LA EDAD DE 18 AÑOS) O SU HIJO (SI ES EL PADRE O PADRE DEL NIÑO) TUTOR) COMO PARTE DE LOS PROGRAMAS DE COMERCIALIZACIÓN, RELACIÓN PÚBLICA Y RECAUDACIÓN DE FFBI. SU CONSENTIMIENTO, O EL RECHAZO A OTORGAR TAL PERMISO, NO TENDRÁ NINGUNA RIESGO DE USTED O LA PARTICIPACIÓN DE SU HIJO EN PROGRAMAS OFRECIDOS POR EL FFBI. POR FAVOR VERIFIQUE SI O NO Y FIRME ABAJO. ¡GRACIAS!

SÍ, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VIDEOS, AUDIOLIBROS, FOTOS DE PELÍCULAS U OTRAS GRABACIONES QUE CONTENGAN IMÁGENES DE MÍ (SI TENGO 18 AÑOS O MÁS) O DE MI HIJO (SI SOY PADRE O MADRE DEL NIÑO) O TUTOR LEGAL) EN MARKETING, RELACIONES PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS PARA EL FFBI.

QUIERO AYUDAR A FFBI EN SU COMERCIALIZACIÓN, RELACIONES PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS, Y CONSENTIDO EN LA PRODUCCIÓN Y USO DE FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VIDEOTAPAS, AUDIOTAPAS, FOTOS DE MOVIMIENTOS U OTRAS GRABACIONES DE MÍ O MI HIJO POR CUALQUIER MARCADO, PUBLICACIONES RELACIONADAS O FINES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS.

PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO POR ESCRITO. SIN EMBARGO, REVOCAR EL CONSENTIMIENTO NO AFECTARÁ EL USO O CONTINUACIÓN DE CUALQUIER MATERIAL QUE SE CREÓ BASADO EN MI AUTORIZACIÓN PREVIA.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE DESPUÉS DE QUE FFBI HA PUBLICADO ESTAS FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VÍDEO, VÍDEO, AUDIOTA, IMÁGENES DE MOVIMIENTO O OTRAS GRABACIONES, OTRAS PERSONAS EN LA PARTICIPACIÓN DE LA CAJA DE CABO ESTADO DE LA LÁMPARA EN EL QUE SE BASAN LAS ACTIVIDADES. NO HAY MANERA DE EVITAR ESTO DE SUCEDER.

ENTREGO CUALQUIER Y TODOS LOS DERECHOS O RECLAMACIONES POR EL PAGO O LAS REALIDADES EN CONEXIÓN CON CUALQUIER EXPOSICIÓN, PUBLICIDAD DE IMPRESIÓN Y TRANSMISIÓN, TELEVISIÓN EN EL GRUPO DE LA BÚSQUEDA DE LA BÚSQUEDA DE VESTIDOS DE LA BÚSQUEDA DE VESTIDOS DE LA BÚSQUEDA DE VESTIDOS DE LA BÚSQUEDA A TRABAJADOR DE LA BÚSQUEDA DE VIGENCIA, OTRAS PROMOCIONES, DISTRIBUCIÓN DIGITAL , IMÁGENES DE MOVIMIENTO U OTRAS GRABACIONES UTILIZADAS PARA FOMENTAR LA MISIÓN DEL FFBI.

ACEPTO TENER AL CUMPLIMIENTO DE HARMLESS FFBI Y SUS ASOCIACIONES AFILIADAS Y TODO SU PERSONAL Y VOLUNTARIOS, SUS OFICIALES, MIEMBROS Y EMPLEADOS DE CUALQUIER Y ALGUNA PARTICIPACIÓN DE LA CÁMARA DE LUCHA. GRABACIONES.

ENTIENDO QUE PUEDO HACER UNA PREGUNTA SOBRE ESTE CONSENTIMIENTO ANTES DE FIRMAR ESTE COMUNICACIÓN.

NO, NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VIDEOTAPAS, AUDIOTAPAS, FOTOS DE MOVIMIENTO U OTRAS GRABACIONES QUE CONTENGAN IMÁGENES DE MÍ (SI SOY 18 AÑOS O MÁS), O DE MI HIJO PADRE INFANTIL O TUTOR LEGAL) EN MARKETING, RELACIONES PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS PARA EL FFBI.

BY SIGNING BELOW, I ACKNOWLEDGE THAT I HAVE READ THE TERMS OF THIS RELEASE AND HAVE CHECKED EITHER "YES" ABOVE TO GIVE MY CONSENT OR "NO" ABOVE TO REFUSE CONSENT. I HAVE NO QUESTIONS OR THEY HAVE BEEN ANSWERED TO MY SATISFACTION.

SIGNATURE (LEGAL ADULT OR PARENT/LEGAL GUARDIAN'S)

DATE

PRINT NAME (LEGAL ADULT OR PARENT/LEGAL GUARDIAN'S)

PRINT NAME (CHILD'S IF APPLICABLE)



Nombre del Participante (Escriba con claridad y use MAYUSCULAS)

Apellido

Nombre

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

La Fundación Familiar Taylor en Campo Arroyo

Organización Visitante/Nombre del Grupo _____

Dirección del Participante _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Condado en que vive _____ Edad a la Fecha de Participación _____ Marque una: M F

Nombre del Tutor Legal (Si el Participante es un Menor) _____ Relación con el Menor _____

Teléfono de Casa (_____) _____ Teléfono del Trabajo (_____) _____ Teléfono Celular (_____) _____

Por Favor Lea Cuidadosamente-Firma Requerida

Si el participante arriba mencionado es menor de 18 años de edad, por este medio Yo declaro que estoy autorizado como su tutor o guardián para firmar la Forma de Liberación de Responsabilidad en su nombre, y entiendo y estoy de acuerdo que ellas están sujetas a todos los términos y condiciones de este documento.

En consideración de los servicios brindados por la Fundación Taylor, con en siglas en Inglés ("TTFF"), el YMCA del Este de la Bahía (East Bay), y el Distrito de Parques Regionales del Este de la Bahía y sus respectivos agentes, empleados, directores, oficiales, contratistas, voluntarios (en conjunto con las "Partes Liberadas"), en conexión con la participación de los Participantes en el programa de Organizaciones Visitantes ("Programa") en Campo Arroyo, Yo como Participante o, si el Participante es un menor, como padre/tutor legal del Participante estoy de acuerdo con lo siguiente:

Estoy familiarizado con el Programa, y todas mis preguntas acerca del Programa, incluyendo preguntas que conciernen a los detalles de actividades, las condiciones físicas y la ubicación del Programa han sido contestadas para mi satisfacción. Entiendo que la participación en el Programa crea un riesgo de lesión y expresamente reconozco y asumo el riesgo de dicha lesión en el Participante. El siguiente párrafo describe algunos de esos riesgos.

- El Programa involucra actividades al aire libre donde la exposición a riesgos del medio ambiente incluye hiedra venenosa, insectos, serpientes, depredadores, fuerzas impredecibles de la naturaleza como tormentas, temblores o terremotos e incendios. Entrar a áreas restringidas en la propiedad es prohibido y podría ser peligroso.
- El Programa puede requerir viajar fuera del campamento en autobús u otro vehículo para otras actividades cuyos componentes podrían o no incluir: artes y manualidades, natación, baloncesto, juego de petanca (Bocce Ball: juego italiano de Pelotas), deportes de campo, campo de retos (incluye pared con rocas, cable suspendido, campo de entrenamiento con cuerdas altas y bajas), montar a caballo, caminatas, paseo en bote y jardinería. Posibles lesiones incluyen, pero no están necesariamente limitadas a quemaduras de sol, deshidratación, derrames producidos por el sol, resbalones, caídas, ahogos y otras lesiones y condiciones ligeras o serias.
- Se requiere que todos los Participantes hagan una prueba de natación. Los Participantes que no pasen la prueba de natación serán permitidos solamente en la parte baja o superficial de la piscina y deberán usar el chaleco salvavidas. Si

el tutor legal del Participante arriba mencionado no desea que el Participante use el chaleco salvavidas, entonces deberá indicarlo en el apartado correspondiente que aparece mas abajo*.

Estoy de acuerdo con que esta descripción de riesgos no está completa, y que riesgos no anticipados o desconocidos podrían resultar en pérdida de la propiedad, lesión o muerte. Entiendo que el carácter único de este Programa es servir a los Participantes que son medicamente frágiles y/o en alto riesgo. He enviado, para lo mejor de mi conocimiento, información completa del historial medico a la Organización arriba mencionada y declaro que el Participante está libre de condiciones médicas y físicas que podrían crear un indebido riesgo. Yo declaro que el Participante es totalmente capaz de participar en este Programa. Por lo tanto, Yo asumo y acepto total responsabilidad y asumo el riesgo de y por cualquier lesión, muerte, pérdida personal de la propiedad, y/o gastos que podrían resultar del involucramiento del Participante en este Programa, y además acepto indemnizar y eximir las Partes Liberadas, Instituto Pacifico de Liderazgo, Curso de Desafío y Aventura Fort Miley, Challenge Works, Concesionarios Urbanos, Servicio de Buses Durham, Transportes Black Tie, Reins in Motion (Riendas en Movimiento), Peggy James, Fundación Ecuestre SonRise y cada uno de sus agentes, empleados, directores, oficiales, contratistas, voluntarios, y todas las entidades asociadas con éste en la medida de la ley, de cualquiera y todos los daños, pérdidas o responsabilidades que podrían resultar del involucramiento del Participante en este Programa.

Alergias por Alimentos y Notificación de Alergias, Reconocimiento, y Liberación de Responsabilidad

Un ambiente libre de factores que producen alergias, incluyendo, pero no limitados a alérgenos por alimentos, **NO PUEDE** ser garantizado en Campo Arroyo. Mientras esfuerzos razonables serán hechos para servir alimentos que no contienen alérgenos como un ingrediente, Campo Arroyo prepara alimentos en instalaciones que usa nueces, soya, trigo y otros alérgenos conocidos. Por lo tanto, las Partes Liberadas **no pueden** garantizar que cualquier producto alimenticio en particular está libre de todos los rastros de algún alérgeno, el consumo de un producto alimenticio no resultará en alguna forma de reacción alérgica, o que el Participante no entrará en contacto con algún alérgeno mientras se encuentre en Campo Arroyo y participando en el Programa. El abajo firmante reconoce y acepta que i) El/Ella está consciente de tales riesgos y que la participación en el Programa expondrá al Participante a alimentos, actividades y personas que puedan resultar en la exposición de alérgenos y lesión, y en ese sentido y asumiendo tales riesgos, el abajo firmante libera y descarga totalmente las Partes Liberadas de cualquiera y todas las obligaciones y/o responsabilidad para el Participante, el abajo firmante, o alguna tercera parte, por muerte y/o lesiones del Participante, y/o cualquier incidente directo, indirecto, punitivo, o algún daño que surja de o que esté relacionado con la participación del Participante en el Programa en Campo Arroyo y/o la exposición a alimentos alérgenos.

Participante/Padre/Tutor Legal (Iniciales) _____

PLI Curso de Desafío Aventura Fort Miley, Declaración de Acuerdos y Liberación Legal

Esta Forma de Liberación de Responsabilidad cubre también la participación en el Curso de Aventura con Cuerdas ofrecido por PLI, Fort Miley. Yo entiendo que ciertos elementos de este programa son físicamente demandantes y que el Participante podría solamente participar en el Curso de Cuerdas si El/Ella esta libre de condiciones médicas o físicas que podrían crear un riesgo indebido al Participante u otros participantes. El Participante esta libre de tales condiciones y yo estoy consciente de que esas actividades implican un potencial de daño al Participante y su propiedad. En la medida que el Participante participa en tales actividades El/Ella lo hace voluntariamente y asume total responsabilidad por cualquier pérdida y/o inconveniencia resultante de la participación del Participante. Además acepto indemnizar y eximir las Partes Liberadas, PLI, Fort Miley, El Servicio de Parques Nacionales, la Fundación de la Universidad Estatal de San Francisco, y todos y cada uno de sus oficiales, directores, empleados y agentes, de todas y cada una de las responsabilidades incurridas como un resultado de participación del Participante. También estoy de acuerdo con que esta Liberación de Responsabilidad debería servir como una completa liberación legal y suposición de riesgo para los herederos del Participante, ejecutores y administradores, y todos los miembros de la familia, incluyendo a todos los menores.

Lanzamiento Promocional/Fotos

Una de las mejores maneras de explicar nuestra misión para apoyar a los niños es a través de fotografías, trabajos artísticos y testimonios de los participantes en nuestro programa. Nosotros usamos éstos en folletos, boletines informativos, informe anual, red electrónica (sitio Web) y otros medios externos incluyendo la televisión, periódicos, artículos en revistas y otros medios

sociales incluyendo Facebook. Estoy de acuerdo que los videos, fotografías y testimonios de los Participantes u otros materiales creados por el Participante y enviados a TTFF, pasarán ser propiedad de y serán usados por TTFF a su discreción, para cualquier propósito de publicidad y mercadeo y Yo consiento y autorizo de manera irrevocable el uso de estos sin restricción. Además, Yo renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final, incluyendo copia escrita o electrónica, donde mi figura aparezca. Adicionalmente, Yo renuncio a cualquier derecho de compensación que surja o esté relacionado con el uso de la fotografía. Yo eximo y libero y por siempre exonero a TTFF de todos los reclamos, demandas y causas de acción en las cuales yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores, o cualquier otra persona actuando en mi nombre o en nombre de mi propiedad, tenga o pueda tener por razón de esta autorización.

Si usted no proporciona autorización para fotografías o imágenes de video del Participante o Participantes para ser usadas, usted deberá enviar una nota a nuestra oficina a camp@ttff.org con el nombre de su(s) Participante(s) y la fecha en que El/Ella estará en el Campamento. Esta información deberá ser proporcionada durante los primeros cinco días en que el Participante llegue al Campamento.

He leído esta información antes de firmar abajo y entiendo totalmente su contenido, significado y el impacto de la misma.

Al firmar abajo, yo entiendo y acepto los términos y condiciones de este documento.

Firma del Participante (Si tiene 18 años o más) _____ Fecha: _____

Padre/Firma del Tutor Legal _____ Fecha: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

Si No *Si el Participante no pasa la prueba de natación, doy permiso para que nade en la parte baja/superficial de la piscina, sin chaleco salvavidas.

(Si marca NO, se le pedirá al Participante que use el chaleco salvavidas en la parte baja/superficial de la piscina.

Si No Doy permiso para el Participante tome parte en el Curso de Desafío Aventura.

CAMPAMENTO INFANTIL 2019 PARA NIÑOS



CAMPER - INFORME DE EXAMEN MÉDICO

LAST _____ FIRST _____ MI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

PROVEEDOR DE SEGUROS _____ POLÍTICA # _____ Nombre medico _____ TELEFONO # _____

HEALTH HISTORY PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO, ASISTENTE MÉDICO O ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

El propósito del examen es determinar la capacidad del campista para participar en actividades básicas, tiene una enfermedad contagiosa que podría transmitirse a otros o tiene una condición médica, física o emocional que requeriría atención especial por parte del personal del campamento.

	YES	NO		YES	NO
Cardiovascular disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Food Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lung disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies to medicines.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscular disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Communicable disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dizziness or frequent headaches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seizures, convulsions or fainting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other conditions being treated (<i>explain below</i>).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLANATIONS:
Adjunte hoja adicional si es necesario

HEIGHT: _____ **WEIGHT:** _____ **BLOOD PRESSURE:** _____ **PULSE:** _____

	YES	NO		YES	NO
Immunizations are current.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Currently taking medications.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICATIONS:
Incluye dosis, frecuencia y hora del día.

A menudo, el transporte al campamento se realiza a través de pequeños aviones privados.

En su opinión, ¿este niño es médicamente estable y puede volar en un avión pequeño, no presurizado?

YES NO

SIGNATURE OF AUTHORIZED MEDICAL EXAMINER _____ DATE OF EXAM _____

ATTACH A COPY OF CURRENT IMMUNIZATION RECORDS