

**Forma Médica de Chaperone Adulto y Acuerdo De la Participación**

Nombre:

Nobre del equipo o papel en barco (e.g. Historian, Deckhands etc.)

Dirección

---

Ciudad\_\_\_\_\_

Código Postal\_\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Mes\_\_\_\_\_ Dia\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_

Teléfono casero (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social\_\_\_\_\_

**Socio, esposo o lo más cerca posible pariente a entrar en contacto en caso de emergencia:**

Nombre

---

Dirección

---

Teléfono casero (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Persona alternativa a entrar en contacto en caso de emergencia:**

Nombre\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de médico\_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro medico? Si tan, ¿que es el nobre del grupo y número del seguro?

Nobre de seguro\_\_\_\_\_

I.D. #\_\_\_\_\_

**¿Tiene usted condiciones o restricciones físicas o médicas? Sí No**

**Si tiene, favor de indicar tipo y grado del condicion en la medida en que puede afectar el programa:**

**¿Tiene alergias? Si tan, indique por favor:**

**¿Toma Usted medicación prescrita regularmente? Si tan, indique los cuales por favor:**

Considerando yo mismo o mi hijo participando in los programas del San Francisco Maritime National Park Association, convengo en favor de yo mismo y mi niño asumo todo tipo de riesgo a mi niño y renuncio demandas, acciones y daños contra el Maritime Park Association. Ademas, acuerdo no demandar el Maritime Park Association, sus oficiales, directores, empleados o agents para cualesquiera daño presentandose de la participación en los programas del Maritime Park Association.

Fecha del Programa:\_\_\_\_\_

Nombre del Participante (Niño):\_\_\_\_\_

Nombre del Padre (si es aplicable):\_\_\_\_\_

**Solicitamos que todos padres se acuerdan al disposición y firman aqui para reconocer su acuerdo. Un niño sin forma firmada no podra participar en el programa:**

---

Firma Del Participante o Padre

Fecha:

# Forma del Salud y Emergencia Médica del Estudiante

## Age of Sail Programa de Noche

### FAVOR DE IMPRIMIR

Lee y complete los dos lados de este forma para todos los participantes. Firmas de los Padres o guardianos son requiadods al lado detras.

Yo/Nos, los padres o guardianos del participante nombrado debajo queremos regetrar nuestro hijo en el programa del Age of Sail lo qual incluye una estancia de noche sobre el barco Balclutha al Hyde Street Pier.

En la Fecha: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Nobre del participante: (apellido) \_\_\_\_\_ (nombre) \_\_\_\_\_

Teléfono casero: \_\_\_\_\_

Fecha del nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Padre or Guardianio: \_\_\_\_\_ Patrón \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Otro teléfono donde se podria entrar en contacto con los padres:

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	(____) _____ Teléfono
--------	-----------	--------	--------	--------------------------

En caso de emergencia por favor notifique:

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	(____) _____ Teléfono
--------	-----------	--------	--------	--------------------------

Nombre de médico de familia	(____) _____ Teléfono
-----------------------------	--------------------------

¿Tiene usted seguro medico? Si tan, ¿que es el nobre del grupo y número del seguro?

Nobre de seguro \_\_\_\_\_ I.D. # \_\_\_\_\_

### **Información de la Salud del Participante**

Si su niño está bajo el cuidado de un doctor para un problema agudo o crónico, su médico debe entender que el niño estará ausente del hogar por dos días completos. Las instrucciones especiales se deben unir a esta forma.

1. ¿Tiene su niño condiciones o restricciones físicas o médicas? SÍ NO Si es así describa por favor. Si su niño tiene una condición médica o física especial, haga por favor que su médico escriba una nota que indica su acuerdo que su niño es bastante sano a participar completamente en el programa.

2. ¿Es su niño dispuesto a cualquiera de siguiente? Por favor círculo: La nostalgia/el sleepwalking/la adherencia de soldadura de la cama \*/la enfermedad de coche  
\* incluyen por favor sabanas adicionales

3. ¿Su niño tiene alergias que puedan ser un problema? SÍ NINGÚN Si tiene, enumérelas por favor e indique su severidad:

4. ¿Está su niño en una dieta especial? SÍ NINGUN Si es así explique por favor [ observe por favor: Usted puede necesitar proporcionar los alternativas necesarios de la comida ]:

5. ¿Ha estado su niño recientemente enfermo o expuesto a enfermedades comunicables durante el mes pasado? SÍ NINGÚN Si es así explique por favor:

6. ¿Hay otras condiciones o problemas que su niño pueda tener que debemos saber alrededor? Explique por favor:

### **Medicación Prescrita**

¿Toma su niño medicación prescrita? **SÍ** **NINGUN** Para que su niño reciba a la medicación, al parent/guardian Y al médico de su niño debe completar una petición de "ADMINISTRACIÓN de la MEDICACIÓN" para CADA medicación prescrita para el período que su niño atenderá al programa. El envase de la prescripción se debe etiquetar claramente con la información siguiente: El nombre completo del estudiante, nombre del médico, número de teléfono del médico, nombre de la medicación, dosificación (cuando y cómo a menudo), fecha de vencimiento de la prescripción. Cada medicación debe estar en un envase separado.

**Medicación no Prescrita** ¿En el acontecimiento de circunstancias imprevistas, usted autoriza el personal del Age of Sail para dar a su niño remedios comunes, tales como Tylenol de los niños, medicina de la tos, etc.?

**SÍ** **NINGÚN**

Si usted desea que a su niño reciba la medicación o las vitaminas non-prescription, escribe una petición de "ADMINISTRACIÓN de la MEDICACIÓN" y la une a esta forma. En la nota, numere el nombre de la medicación, la dosificación la razón de dar y/o de las instrucciones especiales (ejemplo: Cantidad recomendada para el dolor de cabeza simple; repetición sobre cuatro horas - una vez solamente):

### **AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIANTE**

1. Los padres serán notificados inmediatamente cuando un niño se hace dañado o seriamente enfermo, y la ayuda será dada según los deseos de los padres. Las medidas serán tomadas con los padres para tomar a su niño si desean.

**Al guarda no lanzará a un niño durante el programa de Age of Sail a cualquier persona con excepción del padre sin petición escrita o verbal del padre.**

2. Como padre/s o guardiano/s de \_\_\_\_\_, autorizamos el personal del Age of Sail, como agentes, para el infrascrito a consentir a cualquier examinación de la radiografía, anestésico, médico, o diagnosis o tratamiento y el cuidado quirúrgicos del hospital que se juzga recomendable cerca, y nos rendimos bajo supervisión general o específica de cualquier médico y/o cirujano licenciados

bajo provisiones del acto de la práctica médica o dental de California en el personal médico de un hospital licenciado, si tal diagnosis o tratamiento está rendida en la oficina del médico dicho o del hospital dicho.

Se comprende que esta autorización se da por adelante de cualquier diagnosis específica, tratamiento o cuida del hospital siendo necesario pero se da para dar autoridad y poder en parte del los agents dichos para dar consentimiento a todo tipo de diagnosis, tratamiento o cuida del hospital que decide el medico de ser recommendable. Esta autorización se da de conformidad a las proviciones de Section 25.8 del codigo civil del estado de California. Esta autorización quedera effective hasta \_\_\_\_\_ (fecha) si no se quita más temprano.

Firma de los Padres o Guardianos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **Note Por Favor:**

#### **Acuerdo de la Participación**

Considerando yo mismo o mi hijo participando in los programas del San Francisco Maritime National Park Association, convengo en favor de yo mismo y mi niño asumo todo tipo de riesgo a mi niño y renuncio demandas, aciones y daños contra el Maritime Park Association. Ademas, acuerdo no demandar el Maritime Park Association, sus oficiales, directores, empleados o agents para cualesquiera daño presentandose de la participación en los programas del Maritime Park Association.

**Solicitamos que todos padres se acuerdan al disposición y firman aqui para reconocer su acuerdo. Un niño sin forma firmada no podra participar en el programa:**

**Iniciales:**

**Fecha:**

Para los propósitos de la movilización de fondos y de la conciencia pública, el San Francisco Maritime National Park Association utilize las fotografías y los videos del programa en la acción. Estos materiales se pueden publicar en la impresión o hacer disponibles en nuestro Web site. Tales publicaciones son una parte muy importante de nuestros esfuerzos financieros. La imagen de su niño puede aparecer en tales fotos o videos tomados por los chaperones del adulto o nuestros fotógrafos oficiales. Somos sensibles a los preocupaciones de la aislamiento, y por lo tanto los nombres específicos de participantes y de sus direcciones de la escuela no serán divulgados.

Concedo/no concedo [marque por favor] para que la imagen de mi niño sea utilizada en publicaciones de la impresion producidas del San Francisco Maritime National Park Association o el San Francisco Maritime National Historical Park.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Padre/Guardiano

\_\_\_\_\_  
Fecha