



## INSCRIPCIÓN, EVALUACIÓN MÉDICA Y ACUERDO DEL PARTICIPANTE

**LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE DOCUMENTO Y ANOTE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA CON LETRA LEGIBLE Y TINTA. ASEGÚRESE DE PONER SU FIRMA Y LA FECHA EN EL ESPACIO PARA ELLO EN LA ÚLTIMA PÁGINA. LOS FORMATOS CON DATOS INCOMPLETOS O SIN FIRMAR PUEDEN DEMORAR O IMPEDIR LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA. EL PADRE O TUTOR DEBE LLENAR Y FIRMAR POR LOS MENORES DE EDAD.**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado C.P. Correo electrónico Teléfono

El Participante es: Un menor  Usted  Un profesor  Padre/Madre/Chaperón

Nombre del (de los) Padre(s) o Tutor(es) (si el Participante es un menor): (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del profesor titular o del contacto del grupo: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA: *El Padre, Madre o Tutor deberá ponerse como primer contacto en caso de emergencia***

(1) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono por las tardes \_\_\_\_\_ Celular o localizador \_\_\_\_\_

(2) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono por las tardes \_\_\_\_\_ Celular o localizador \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SALUD: LLENE EN SU TOTALIDAD \*NO SE REQUIERE FIRMA DE UN MÉDICO\*

Esta información la utilizará el personal de NatureBridge únicamente para brindar apoyo al Participante en el programa.

**¿Tiene o ha tenido el Participante alguno de los padecimientos o síntomas siguientes? Especifique cualquier problema en la página siguiente.**

| Información médica   |   | 12. Problemas de audición o infección de oídos                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alergias  |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Cualquier enfermedad grave  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 13. Problemas de visión o de otra índole en los ojos          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 22. Alimentos (especifique cuáles en la página siguiente)               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Alguna cirugía  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. Sonambulismo  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 23. Abejas/Avispas/Insectos   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. Sangrados/Coágulos/Anemia o cualquier otro trastorno sanguíneo    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. Moja la cama  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 24. Alergias a medicamentos (especifique cuáles en la página siguiente) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Asma, respiración sibilante u otro problema pulmonar              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 16. ¿Ha pasado una noche hospitalizado en los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 25. Yodo  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Diabetes  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 17. Otro  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 26. Alergias de temporada   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Arritmia cardiaca, defecto cardiaco u otro problema en el corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |   | 27. Otras alergias (especifique cuáles en la página siguiente)          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. Problema renal  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <b>Enfermedades</b>   |   | <b>Si el Participante tiene alergias:</b>                               |   |
| 8. Enfermedad hepática   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 18. Varicela  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 28. ¿Carga con su propia  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

|   |   |                        |   |                                 |   |
|---|---|------------------------|---|---------------------------------|---|
| 9. Problemas mentales, emocionales o conductuales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 19. Sarampión          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 29. ¿Carga su propio inhalador? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 10. Convulsiones o desmayos                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 20. Tuberculosis       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                 |   |
| 11. Sistema inmune debilitado                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 21. Otras enfermedades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                 |   |

Si contestó "sí" a cualquiera de los puntos anteriores, explíquelo a continuación. Proporcione el número correspondiente. (Agregue páginas adicionales de ser necesario.)

| Número de pregunta       | Explicación |
|--------------------------|-------------|
| 22. Alergias a alimentos |             |
|                          |             |
| 27. Otras alergias       |             |

1. ¿Tiene el Participante restringida la ingesta de algún alimento?  Sí  No Especifique \_\_\_\_\_

2. ¿Está el Participante tomando algún medicamento?  Sí  No

Enumere todos los medicamentos que está tomando el Participante e indique para qué padecimiento es cada uno.\*\*

| Medicamento | Padecimiento |
|-------------|--------------|
|             |              |
|             |              |

\*\*El Participante debe seguir tomando todos sus medicamentos durante el Programa a menos que su doctor indique otra cosa.

3. ¿Puede el Participante participar en una caminata de 5 millas con una elevación de hasta 2,000 pies?  Sí  No

4. ¿Hay alguna restricción en la actividad física del Participante?  Sí  No

Si la respuesta es sí, explíquelo a continuación. \_\_\_\_\_

5. Proporcione cualquier información adicional que considere deberíamos saber para ayudarnos a dar una experiencia de calidad para el Participante.

Nota: El personal de NatureBridge puede ponerse en contacto con el Participante/Padre/Madre/Tutor para hacerle preguntas sobre cualquiera de los asuntos arriba tratados en anticipación del Programa.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_

Núm. de póliza/núm. ID \_\_\_\_\_ Nombre del beneficiario \_\_\_\_\_

Se adjunta información médica o de seguros adicional:  Sí  No

**ACUERDO DEL PARTICIPANTE  
(INCLUYE LA ACEPTACIÓN DE RIESGOS, DESCARGO E INDEMNIZACIÓN)  
REQUERIDO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES**

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE ACUERDO, AFECTA LOS DERECHOS LEGALES DE LOS PARTICIPANTES O DE SUS FAMILIAS EN CASO DE LESIÓN U OTRA PÉRDIDA.

Todos los participantes de 18 años en adelante, incluidos todos los maestros y chaperones (en lo sucesivo "Participantes adultos"), deben firmar este Acuerdo del Participante. Al menos un padre o tutor (ambos en lo sucesivo "Padre") deben firmar en su nombre y representación individualmente, así como en nombre y representación de su menor hijo o protegido (en lo sucesivo "Participante menor"). El término "Yo" como se usa en

este Acuerdo del participante se refiere al Participante Adulto y/o Padre. El término “Programa” se refiere al programa NatureBridge en que se ha inscrito un Participante.

En contraprestación del Programa, los servicios, beneficios y amenidades provistos por NatureBridge, una sociedad sin fines de lucro para el beneficio público, manifiesto por este medio mi entendimiento, confirmación y acuerdo como a continuación:

### **Actividades y riesgos**

Las actividades varían de un programa al otro y pueden incluir caminatas, actividades de cuidado del medio ambiente (por ejemplo, remoción de plantas y mantenimiento de caminos), mochilear, esquí, paseos con raquetas de nieve, buceo con esnórquel, paseos en kayak, paseos en canoa y otras excursiones acuáticas. Algunos programas involucran viajar en vehículos de NatureBridge conducidos por empleados de NatureBridge. Entiendo que el Programa expone a los Participantes a una variedad de riesgos y peligros, previstos e imprevistos, algunos de los cuales son inherentes y no se pueden eliminar sin alterar de manera fundamental el carácter único del Programa. Estos riesgos inherentes incluyen, de manera no limitativa, riesgos y peligros ambientales, que incluyen aguas en movimiento, profundas o frías; plantas, picaduras y mordidas de insectos; víboras y depredadores, que incluyen animales de gran tamaño, piedras en caída o rodantes; relámpagos; caídas de árboles y ramas; así como fuerzas impredecibles de la naturaleza, que incluyen clima que puede cambiar a condiciones extremas sin aviso. Las lesiones y enfermedades posibles incluyen reacciones alérgicas, que incluyen, anafilaxis, hipotermia, quemaduras por frío, enfermedades por altitud, quemaduras solares, golpe de calor y deshidratación; enfermedades infecciosas, como la enfermedad de Lyme, el norovirus, la peste o el hantavirus; lesiones osteomusculares y otras condiciones o lesiones graves, que incluyen la muerte. La evacuación de emergencia y cuidado médico puede demorarse 24 (veinticuatro) horas o más debido a las ubicaciones remotas de algunas actividades del Programa.

### **Aceptación de los riesgos**

Entiendo que la descripción de los riesgos involucrados en las actividades de NatureBridge indicadas no está completa y que otros riesgos pudieran resultar en pérdidas patrimoniales, lesiones personales o la muerte. En nombre y representación mía y del Participante menor (cuando corresponda), acepto asumir, en la medida máxima que permita la ley, todos los riesgos de participación en el Programa, conocidos o por conocer, y sea o no que dichos riesgos se hayan descrito en los párrafos anteriores. Entiendo que la participación en el Programa es completamente voluntaria y consiento la participación con pleno conocimiento de los posibles riesgos de dicha participación. Si el Participante es un menor de edad, he hablado con él o ella de las actividades y riesgos del Programa y confirmo que el menor desea participar en el Programa.

### **Descargo e indemnización**

Yo, como Participante adulto o Padre de un Participante menor, en mi nombre y representación y en nombre y representación de dicho Participante menor, estoy de acuerdo en liberar, indemnizar, proteger y tener a salvo, y prometo no demandar, a NatureBridge y/o cualquiera de sus funcionarios, consejeros, empleados, contratistas y aseguradoras (las “Partes Relevadas”), en la mayor medida que permita la ley, con respecto a cualquiera de las reclamaciones, demandas, daños, honorarios legales, costos de litigación, pérdidas o responsabilidades, que incluyen, de manera no limitativa, las reclamaciones por pérdidas patrimoniales, lesiones personales y/o homicidio culposo, que Yo o mi Participante menor podamos sufrir, como resultado o relacionado de cualquier manera con mi participación, o la de mi Participante menor, en el Programa. Las reclamaciones relevadas e indemnizadas por el presente documento incluyen aquellas causadas o resultantes de la negligencia de una Parte relevada, o cualquiera de ellas.

### **Autorización médica**

Declaro que la información médica antes provista es actual, precisa y completa.

Autorizo al personal de NatureBridge para administrar primeros auxilios, incluyendo, donde lo permita la ley aplicable, la administración de epinefrina mediante inyección automática, así como la administración de medicamentos de venta libre, que incluyen aspirina, Tylenol, ibuprofeno, Benadryl, Neosporin, Imodium, laxantes y otros similares. Si el Participante menor tiene una alergia conocida potencialmente letal, o si Yo he recibido aviso por parte de un proveedor de atención médica de que el Participante menor deberá estar preparado para una reacción alérgica posiblemente grave, mi Participante menor ha sido provisto con epinefrina autoinyectable y ha recibido las instrucciones de un médico para su uso y Yo he instruido a mi Participante menor para que tenga la epinefrina autoinyectable consigo y disponible en todo momento durante el Programa. Si mi Participante menor está inscrito en el Programa como parte de una escuela u otro grupo, he informado también a la persona a cargo de la escuela u otro grupo de esta alergia y cualquier medida de protección aplicable prescrita por un médico. Confirmando que yo tengo, o mi Participante menor tiene, la capacidad para participar en una caminata de hasta 5 millas diarias con una elevación de hasta 2,000 pies sin presentar un riesgo de daño para mí, para mi Participante menor y/o para los demás. Autorizo a cualquier chaperón adulto o miembro del personal de NatureBridge a procurar cuidado médico para mi Participante menor (o para mí, si no pudiera expresar mi consentimiento), y por este medio doy mi consentimiento para cualesquiera rayos X, examen, anestesia, diagnóstico, tratamiento y/o cuidado hospitalario que pueda recomendar un doctor y/o dentista certificado. En caso de enfermedades o lesiones mayores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme a la brevedad posible. En caso de una enfermedad o lesión mayor, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme antes del inicio de cualquier tratamiento médico, a menos que la condición del Participante menor sea tal que se deba comenzar el tratamiento de inmediato antes de poder establecer contacto conmigo. Si no me pueden contactar, esta autorización se mantiene en pleno vigor y efecto.

**Yo acepto asumir la total responsabilidad financiera por los costos de cualquier partida antes de tiempo, evacuación de áreas remotas y/o cuidado/tratamiento médico que Yo o mi Participante menor podamos recibir (incluyendo el transporte desde y hacia el Programa). Entiendo que NatureBridge se reserva el derecho a denegar la participación a cualquier persona que NatureBridge determine, a su exclusiva discreción, que puede representar un riesgo de daño para ella o para los demás.**

### **Otras disposiciones**

Yo acepto que NatureBridge y/o sus representantes pueden usar, sin restricción ni compensación, mi imagen y/o la de mi Participante Menor, ya sea en fotografías o video, así como en cualquier escrito, obra de arte y/o testimonial creado por mí o mi Participante menor y proporcionado a NatureBridge. Yo acepto que una vez enviados, estos materiales se volverán propiedad de NatureBridge y pueden ser utilizados para fines de mercadotecnia.

Entiendo que, durante parte del Programa, mi Participante menor estará bajo la supervisión de maestros, chaperones y otros adultos que no son empleados de NatureBridge y que no han sido seleccionados por NatureBridge ni están bajo la supervisión de NatureBridge. Yo entiendo y acepto que NatureBridge no es responsable por las acciones de dichas personas.

NatureBridge usa contratistas independientes para algunos servicios y dichos contratistas independientes, y no NatureBridge, son los únicos responsables por cualquier pérdida o lesión causada por sus actos u omisiones.

Entiendo que este Acuerdo del participante está pensado por NatureBridge para tener un efecto tan amplio como lo permita la ley, y que, si cualquiera de las secciones de este Acuerdo del participante se determina inválida por cualquier razón, el resto del Acuerdo del Participante se mantendrá válido y con plena exigibilidad.

Acepto que, si surge una controversia entre mí y mi Participante menor, por un lado, y una Parte relevada, por el otro, dicha controversia será regida por el derecho sustantivo del Estado de California y que cualquier demanda contra cualquiera de las Partes Relevadas será presentada y mantenida en un tribunal de la jurisdicción competente en el Condado de San Francisco, California.

Se me ha asesorado consultar con un abogado de mi elección si tengo preguntas en lo concerniente a las disposiciones y/o a la traducción de este Acuerdo del Participante. Certifico que he leído cuidadosamente este Acuerdo del Participante y entiendo sus términos, por lo que lo firmo voluntariamente. Todas las preguntas que tenía respecto al Programa fueron respondidas a mi satisfacción.

Entiendo y en caso de cualquier controversia o problema con respecto a cualquier traducción de este Acuerdo del Participante, prevalecerá la versión en inglés de este Acuerdo del Participante.

**Nombre del Participante** \_\_\_\_\_  
**Nombre con letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Madre o Tutor**                      **Nombre con letra de molde**                      **Fecha**  
(por el Participante menor)

\_\_\_\_\_  
**Firma del Participante adulto (si tiene 18 años o más)**                      **Fecha**