



**Cottonwood Gulch Expeditions  
Riesgo y Liberación del Programa**

Rev. 11/30/23

Por favor complete el siguiente formulario con la información de los participantes.  
Si el participante es menor de 18 años, éste formulario debe ser completado y firmado por un tutor legal.

Escuela/Grupo: \_\_\_\_\_ Fechas de Programa: \_\_\_\_\_

INFORMACION DE PARTICIPANTE

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

PADRE/TUTOR(A) 1 (SI ES MENOR DE 18)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Mensaje de texto, está bien? SI NO  
Número de teléfono alterno: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN ALTERNATIVA DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono alterno: \_\_\_\_\_

Enumere y explique cualquier alergia; incluir al menos alergia, reacción y gravedad (use el reverso para obtener más espacio):

\_\_\_\_\_

Enumere y explique cualquier condición médica/medicamento que debemos conocer para su programa (use el reverso para obtener más espacio):

\_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, se otorga el reconocimiento y consentimiento de lo siguiente:

- Existen riesgos inherentes a las actividades del programa CGE (Cottonwood Gulch Expeditions) que no pueden eliminarse por completo. Las actividades del programa pueden causar lesiones corporales y, en casos extremos, incluso la muerte. Elijo voluntariamente participar en estas actividades y seguir instrucciones y llamar la atención del personal y la instrucción o condición que creo que es un peligro para mí o para los demás.
- Entiendo que el programa puede incluir actividades como senderismo, ciclismo de montaña, escalada en roca, descenso de barrancos, visitas a eventos culturales, agricultura, trabajo de servicio, natación, escalada de árboles, meditación y varias otras actividades al aire libre. Si tengo preguntas sobre estas actividades, acepto pedir aclaraciones al personal de CGE o de la escuela. Reconozco que éste programa puede llevarse a cabo en un entorno urbano, semi-salvaje o salvaje al aire libre, y puede implicar actividades de alto riesgo y donde el acceso a una instalación médica puede retrasarse. Cada participante es responsable de traer ropa/calzado apropiado para el clima/actividad para mayor comodidad y calidez, así como un saco de dormir y una almohadilla adecuados para todos los programas de campamento.
- Asumo toda la responsabilidad por todos los riesgos que surjan de la participación en las actividades de CGE, ya sea que se describan o no anteriormente.
- Estoy de acuerdo en liberar a CGE, sus miembros, funcionarios, directores, personal, financiadores y contratistas (a los que se hace referencia en este documento como "Partes Vinculadas") de cualquier responsabilidad, causa de acción, reclamos y demandas de todo tipo y naturaleza (incluidos costos y honorarios legales), ya sea por lesiones corporales, muerte, daños a la propiedad u otras pérdidas, que puedan surgir en relación con mi inscripción o participación en las actividades de CGE o el uso del equipo, vehículos o instalaciones de CGE. Además, acepto defender e indemnizar a las partes relacionadas de todas y cada una de las reclamaciones, ya sea que yo haya incurrido en la pérdida o la haya causado, incluida una reclamación de un miembro de mi familia que surja de una lesión, muerte u otra pérdida sufrida por mí. Estos acuerdos de liberación e indemnización incluyen una lesión, muerte u otra pérdida que surja en todo o en parte de la negligencia, o un reclamo de negligencia de una parte liberada, incluidos los reclamos por su propia negligencia o la mía, y de cualquier otro reclamo que surja de mi conducta.
- Acepto que cualquier disputa relacionada con éste acuerdo se resolverá exclusivamente mediante arbitraje vinculante en Albuquerque, Condado de Bernalillo, NM. Estoy de acuerdo en que éste documento será admisible en la Corte, y si alguna parte de éste acuerdo se considera inválida, el remanente entrará en vigencia.
- Reconozco que el participante cumple con los criterios de elegibilidad esenciales que se enumeran en el sitio web de CGE y se proporcionan con el paquete de registro.
- Acepto que el participante no traerá ni estará bajo la influencia de ninguna sustancia química, incluido el alcohol.
- Entiendo que todos y cada uno de los medicamentos, incluidos los medicamentos recetados, los medicamentos de venta libre, las vitaminas o cualquier suplemento para los estudiantes, serán guardados por el personal de CGE o de un miembro del personal de la escuela y estarán disponibles para los estudiantes en el momento requerido en presencia de dos adultos. CGE requiere que se proporcione una receta médica o una etiqueta de farmacia con todos los medicamentos. Los estudiantes pueden llevar consigo y auto administrarse medicamentos de rescate con el permiso de un tutor legal o médico. La medicación de repuesto y la prescripción médica válida deben ser provistas por un adulto.
- Entiendo que el personal de CGE se comunicará con la escuela y/o un contacto de emergencia lo antes posible en caso de que se necesiten primeros auxilios o en el caso de cualquier otra emergencia. El historial de salud (en la contraportada o en la segunda página) es correcto hasta donde yo sé, y la persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades excepto lo mencionado anteriormente. Por la presente, doy permiso para que el personal de CGE brinde primeros auxilios y/o busque cualquier y todo el tratamiento médico de emergencia que consideren necesario. Reconozco que CGE proporciona medicamentos regulares de venta libre para enfermedades menores (o medicamentos genéricos equivalentes) y apruebo la administración de dichos medicamentos, según lo considere apropiado el personal de CGE.
- Doy fe de que el participante no ha tenido exposición conocida a enfermedades transmisibles y cumple con las políticas de vacunación de la escuela.
- Entiendo que el programa puede incluir el transporte de los participantes en un vehículo conducido por un empleado con licencia de CGE.
- Acepto dar permiso para que Cottonwood Gulch Expeditions utilice la imagen fotográfica, audio y/o imagen grabada en video de los participantes mencionados anteriormente y/o materiales escritos/dibujados en cualquier material promocional que desee a menos que marque la casilla a la derecha.

Exclusión de fotos

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor(a) (Si es menor de 18:): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### Cottonwood Gulch Expeditions

Formulario de Historial Médico para Programas

Por favor complete el siguiente formulario con la información de los participantes.

Si el participante es menor de 18 años, éste formulario debe ser completado y firmado por un tutor legal.

Escuela/Grupo: \_\_\_\_\_ Fechas de Programa: \_\_\_\_\_

Por favor revise las siguientes listas y marque aquellos elementos que son preocupaciones/problemas pasados o presentes. Para CUALQUIER casilla que marque, proporcione información adicional en las casillas a continuación.

<p style="text-align: center;"><b>Salud física y necesidades nutricionales</b></p> <p><b>Alergias</b></p> <p><input type="checkbox"/> Insectos</p> <p><input type="checkbox"/> Ambiental</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Enuresis</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado/trastorno de la coagulación</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas circulatorios</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos/desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas o infección de oído, ojo, nariz, problemas con garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia u otro trastorno convulsivo</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas del tracto gastrointestinal, úlceras</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza, conmoción cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva</p> <p><input type="checkbox"/> Problema hormonal o tiroides</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalización o cirugía</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión, presión arterial alta</p> <p><input type="checkbox"/> Calambres menstruales</p> <p><input type="checkbox"/> Menstruación irregular</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas neurológicos</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos</p> <p><input type="checkbox"/> Lesión grave pasada</p> <p><input type="checkbox"/> Limitaciones físicas</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Sonambulismo</p> <p><input type="checkbox"/> Visión (lentes de contacto/gafas)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro problema de salud física</p>	<p style="text-align: center;"><b>Salud Mental</b></p> <p><input type="checkbox"/> ADD/ADHD</p> <p><input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad/pánico</p> <p><input type="checkbox"/> Diferencia cognitiva</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden alimenticio (Anorexia, Bulimia, etc)</p> <p><input type="checkbox"/> Diferencia de aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de educación individual</p> <p><input type="checkbox"/> Autolesiones</p> <p><input type="checkbox"/> Abuso de sustancias adicción</p> <p><input type="checkbox"/> Ideación o intento suicida</p> <p><input type="checkbox"/> Otro problema de salud mental</p>
<p style="text-align: center;"><b>Necesidades Nutricionales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sin lácteos/intolerancia a la lactosa</p> <p><input type="checkbox"/> Sin gluten</p> <p><input type="checkbox"/> Vegano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Vegetariano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia a la comida</p> <p><input type="checkbox"/> Otras necesidades nutricionales</p>	

<p style="text-align: center;"><b>Medicamentos comunes de venta libre (OTC)</b></p> <p>Por favor marque los medicamentos que no desea que le den, los que quedan se ofrecerán cuando se indique para el tratamiento de los síntomas bajo la discreción y supervisión del personal de CGE.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;">                 Acetaminofén/tylenol (analgésico)                  Ungüento antibiótico (previene la infección de la piel)                  Benadryl (reacción alérgica)                  Claritin/Zyrtec (alergias estacionales)                  Pastillas para la tos             </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;">                 Masticar jengibre (náuseas/malestar estomacal)                  Hidrocortisona 1% (picazón)                  Ibuprofeno (analgésico)                  Imodium (antidiarreico)                  Electrolitos (deshidratación)                  Tums (indigestión)             </td> </tr> </table>	Acetaminofén/tylenol (analgésico) Ungüento antibiótico (previene la infección de la piel) Benadryl (reacción alérgica) Claritin/Zyrtec (alergias estacionales) Pastillas para la tos	Masticar jengibre (náuseas/malestar estomacal) Hidrocortisona 1% (picazón) Ibuprofeno (analgésico) Imodium (antidiarreico) Electrolitos (deshidratación) Tums (indigestión)	<p><b>Indique los medicamentos / dosis que tomó y por qué</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Acetaminofén/tylenol (analgésico) Ungüento antibiótico (previene la infección de la piel) Benadryl (reacción alérgica) Claritin/Zyrtec (alergias estacionales) Pastillas para la tos	Masticar jengibre (náuseas/malestar estomacal) Hidrocortisona 1% (picazón) Ibuprofeno (analgésico) Imodium (antidiarreico) Electrolitos (deshidratación) Tums (indigestión)		

¿Su hijo(a) ha sido picado por una abeja? Si es así, ¿cuál fue la reacción?

\_\_\_\_\_

Enumere y explique cualquier condición médica que nuestro personal deba conocer durante la duración de éste programa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_