

PARTE A: Consentimiento informado, acuerdo de liberación y autorización

Nombre: _____
 Fecha de nac: _____

Participantes de la base de alta aventura:
 Expedición/crew No.: _____
 o posición staff: _____

Consentimiento informado, acuerdo de liberación y autorización

Entiendo que la participación en actividades Scouting implica el riesgo de lesiones personales, incluida la muerte, debido a los desafíos físicos, mentales y emocionales de las actividades ofrecidas. La información sobre esas actividades se puede obtener del lugar, de los coordinadores de actividades o de su consejo local. También entiendo que la participación en estas actividades es totalmente voluntaria y requiere que los participantes sigan instrucciones y respeten todas las reglas y estándares de conducta aplicables.

En caso de una emergencia que me involucre a mí o a mi hijo, entiendo que se harán esfuerzos para contactar a la persona indicada como persona de contacto de emergencia por el proveedor médico y/o el líder adulto. En caso de que no se pueda localizar a esta persona, por la presente se otorga permiso al proveedor médico seleccionado por el líder adulto a cargo para garantizar el tratamiento adecuado, incluida la hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mí o mi hijo. Los proveedores médicos están autorizados a revelar información de salud protegida al adulto a cargo, al personal médico del campamento, a la administración del campamento y/o a cualquier médico o proveedor de atención médica involucrado en brindar atención médica al participante. Información de salud protegida/Información de salud confidencial (PHI/CHI) según los Estándares de privacidad de información de salud de identificación individual, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc. siguientes, según sus modificaciones periódicas, incluyen los resultados de los exámenes, los resultados de las pruebas y el tratamiento proporcionado con fines de evaluación médica del participante, seguimiento y comunicación con los padres o tutores del participante, y /o determinación de la capacidad del participante para continuar en las actividades del programa.

(Si corresponde) He considerado cuidadosamente el riesgo involucrado y por la presente doy mi consentimiento informado para que mi hijo participe en todas las actividades ofrecidas en el programa. Además, autorizo a compartir la información en este formulario con cualquier voluntario profesional de BSA que necesite conocer condiciones médicas que puedan requerir consideración especial al realizar actividades Scouting.

Con reconocimiento de los peligros y riesgos asociados con los programas y actividades, en mi propio nombre y/o en nombre de mi hijo, por la presente libero y renuncio total y completamente a cualquier reclamo por lesiones personales, muerte o pérdida que pueda surgir contra los Boy Scouts of America, el consejo local, los coordinadores de actividades y todos los empleados, voluntarios, partes relacionadas u otras organizaciones asociadas con cualquier programa o actividad.

También por la presente asigno y otorgo al consejo local y a los Boy Scouts of America, así como a sus representantes autorizados, el derecho y permiso para usar y publicar las fotografías/películas/ videocintas/representaciones electrónicas y/o grabaciones de sonido hechas de mí o mi hijo en todas las actividades de Scouting, y por la presente libero a Boy Scouts of America, el consejo local, los coordinadores de actividades y todos los empleados, voluntarios, partes relacionadas u otras organizaciones asociadas con la actividad de toda responsabilidad por dicho uso y publicación. Además, autorizo la reproducción, venta, derechos de autor, exhibición, transmisión, almacenamiento electrónico y/o distribución de dichas fotografías/películas/cintas de video/ representaciones electrónicas y/o grabaciones de sonido sin limitación a discreción de la BSA, y renuncio específicamente a cualquier derecho a cualquier compensación que pueda tener por cualquiera de los anteriores.

Toda persona que proporcione cualquier dispositivo BB a un menor, sin el permiso expreso o implícito del padre o tutor legal del menor, es culpable de un delito menor. (Código Penal de California, Sección 19915[a]) Mi firma a continuación en este formulario indica mi permiso. Doy permiso para que mi hijo use un dispositivo BB. (Nota: no todos los eventos incluirán dispositivos BB).

Marcar esta casilla indica que NO desea que su hijo use un dispositivo BB.



NOTA: Debido a la naturaleza de los programas y actividades, los Boy Scouts of America y los consejos locales no pueden monitorear continuamente el cumplimiento de los participantes del programa o cualquier limitación impuesta sobre ellos por los padres o proveedores médicos. Sin embargo, para que los líderes puedan estar lo más familiarizados posible con las limitaciones, enumere a continuación las restricciones impuestas a un niño participante en relación con los programas o actividades.

Enumere las restricciones para los participantes, si las hubiera: Ninguno

Entiendo que, si se determina que la información que he proporcionado es inexacta, esto puede limitar y/o eliminar la oportunidad de participar en cualquier evento o actividad. Si participo en Philmont Scout Ranch, Philmont Training Center, Northern Tier, Sea Base o Summit Bechtel Reserve, también he leído y entiendo los avisos de riesgo suplementarios, incluidos los requisitos y restricciones de altura y peso, y entiendo que el participante No se le permitirá participar en programas de alta aventura aplicables si no se cumplen esos requisitos. El participante tiene permiso para participar en todas las actividades de alta aventura descritas, excepto que yo o el proveedor de atención médica lo indiquemos específicamente. Si el participante es menor de 18 años, se requiere la firma de un padre o tutor.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Padre o guardián del menor: _____ Fecha: _____

(Si el participante es menor de 18 años)

Complete esta sección solo para participantes jóvenes:

Adultos autorizados a llevar jóvenes hacia y desde eventos:

Debes designar al menos un adulto. Por favor incluya un número telefónico.

Nombre: _____

Nombre: _____

Tel : _____

Tel: _____

Adultos NO Autorizados Para Llevar a Menores Desde y Hacia Eventos:

Nombre: _____

Nombre: _____

Tel : _____

Tel: _____



Parte B1: Información General/Historial de Salud

Nombre: _____

Fecha de nac: _____

Participantes de la base de alta aventura:

Expedición/crew No.: _____

posición de staff: _____

Edad: _____ Género: _____ Estatura(pulgadas): _____ Peso (lbs.): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Tel: _____

Líder de unidad: _____ Celular de líder de unidad #: _____

Nombre/No. Del Concejo: _____ Unidad No.: _____

Compañía de seguro de Salud/Accidente: _____ Póliza No.: _____



Adjunte una fotocopia de ambas caras de la tarjeta del seguro. Si no tiene seguro médico, ingrese "ninguno" arriba.

En caso de emergencia, notifique a la siguiente persona:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Tel. de casa: _____ Otro tel: _____

Nombre de contacto alt.: _____ Tel. Alterno: _____

Historial de Salud

¿Tiene actualmente o alguna vez ha sido tratado por alguno de los siguientes?

| SI | No | Condición | Explique |
|----|----|--|--|
| | | Diabetes | Último porcentaje de HbA1c y fecha: Bomba Insulina: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | Hipertensión (presión arterial alta) | |
| | | Enfermedad cardíaca congénita o del adulto/ataque cardíaco/dolor en el pecho (angina)/soplo cardíaco/enfermedad de las arterias coronarias. Cualquier cirugía o procedimiento cardíaco. Explique todas las respuestas afirmativas. | |
| | | Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca o cualquier muerte súbita relacionada con el corazón de un miembro de la familia antes de los 50 años. | |
| | | Accidente cerebrovascular/AIT | |
| | | Asma/enfermedad reactiva de las vías respiratorias | Fecha del último ataque: |
| | | Enfermedad pulmonar/respiratoria | |
| | | COPD | |
| | | Problemas de oído/ojos/nariz/sinusitis | |
| | | Condición muscular/esquelética/problemas musculares u óseos | |
| | | Lesión en la cabeza/conmoción cerebral/TBI | |
| | | Mal de montaña | |
| | | Dificultades psiquiátricas/psicológicas o emocionales. | |
| | | Trastornos neurológicos/del comportamiento | |
| | | Trastornos sanguíneos/anemia falciforme | |
| | | Desmayos y mareos | |
| | | Nefropatía | |
| | | Convulsiones o epilepsia | Fecha última convulsión: |
| | | Problemas abdominales/estómagos/digestivos | |
| | | Enfermedad de tiroides | |
| | | Problemas de la piel | |
| | | Apnea obstructiva del sueño/trastornos del sueño | CPAP: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | Listar todas las cirugías y hospitalizaciones | Fecha última cirugía: |
| | | Enumere cualquier otra condición médica que no esté cubierta anteriormente | |



PARTE B2: Información general/Historia de salud

Nombre: _____

Fecha de nac: _____

Participantes de la base de alta aventura:

Expedición/crew No.: _____

o posición staff: _____

Alergias/Medicamentos

¿UTILIZA UN AUTOINYECTOR SI NO

DE EPINEFRINA? Fecha exp. (Si usa) _____

¿UTILIZA UN INHALADOR DE SI NO

RESCATE PARA ASMA? Fecha exp. (Si usa) _____

¿Es usted alérgico o tiene alguna reacción adversa a alguno de los siguientes?

| SI | No | Alergias o reacciones | Explique | SI | No | Alergias o reacciones | Explique |
|----|----|-----------------------|----------|----|----|-----------------------|----------|
| | | Medicamento | | | | Plantas | |
| | | Comida | | | | Picadura de insectos | |

Enumere todos los medicamentos que se utilizan actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre.

Marque si no se toman medicamentos de manera rutinaria.


Si necesita espacio adicional, indíquelo en una hoja separada y adjunte.

| Medicamento | Dosis | Frecuencia | Razón |
|-------------|-------|------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SI NO Se autoriza la administración de medicamentos sin receta con estas excepciones: _____

La administración de los medicamentos anteriores está aprobada para jóvenes por:

_____/_____
 Firma del padre/guardián / Firma de MD/DO, NP o PA (si su estado requiere la firma)

 Traiga suficientes medicamentos en cantidades suficientes y en los envases originales. Asegúrese de que NO estén caducados, incluidos los inhaladores y EpiPens. NO DEBE DEJAR de tomar ningún medicamento de mantenimiento a menos que su médico se lo indique.

Vacunas Se recomiendan las siguientes vacunas. La vacuna contra el tétanos es obligatoria y debe haber sido recibida en los últimos 10 años. Si tuvo la enfermedad, marque la columna de enfermedad y escriba la fecha. Si está vacunado, marque sí y proporcione el año en que lo recibió.

| SI | No | Ha tenido enfermedad | Vacuna | Fecha(s) |
|----|----|----------------------|---|----------|
| | | | Tétanos | |
| | | | Tosferina | |
| | | | Difteria | |
| | | | Paperas/Sarampión/Rubeola | |
| | | | Polio | |
| | | | Varicela | |
| | | | Hepatitis A | |
| | | | Hepatitis B | |
| | | | Meningitis | |
| | | | Influenza | |
| | | | Otro (ejemplo, HIB) | |
| | | | Exención a vacunas (se requiere formulario) | |

Por favor indique cualquier información adicional sobre su historial médico:

DO NOT WRITE IN THIS BOX.
 Review for camp or special activity.

Reviewed by: _____

Date: _____

Further approval required: Yes No

Reason: _____

Approved by: _____

Date: _____



Parte C: Física de pre-participación

Esta parte debe ser completada por médicos certificados y con licencia (MD, DO), enfermeras practicantes o asistentes médicos.

Nombre: _____

Fecha de nac: _____

Participantes base de alta aventura:

Expedición/crew No.: _____

o posición staff: _____



Se le solicita que certifique que esta persona no tiene contraindicaciones para participar en una experiencia Scouting. Para las personas que asistirán a un programa de alta aventura, incluída una de las bases nacionales de alta aventura, consulte la información complementaria en las siguientes páginas o el formulario proporcionado por su paciente. También puede visitar www.scouting.org/health-and-safety/ahmr para ver esta información en línea.

Por favor, llene la siguiente información:

| | Yes | No | Explique |
|---------------------------------------|-----|----|----------|
| Restricciones médicas para participar | | | |

| SI | No | Alergias o reacciones | Explique |
|----|----|-----------------------|----------|
| | | Medicamento | |
| | | Comida | |

| SI | No | Alergias o reacciones | Explique |
|----|----|-----------------------|----------|
| | | Plantas | |
| | | Mordedura de insectos | |

| Estatura (Pulgadas) | Peso (lbs.) | IMC | Presión Arterial | Pulso |
|---------------------|-------------|-----|------------------|-------|
| | | | / | |

| | Normal | Anormal | Explique Anormalidades |
|---------------------|--------|---------|------------------------|
| Ojos | | | |
| Oído/nariz/garganta | | | |
| Pulmones | | | |
| Corazón | | | |
| Abdomen | | | |
| Genitales/hernia | | | |
| musculo-esquelético | | | |
| Neurológico | | | |
| Problemas de piel | | | |
| Otro | | | |

Certificación del Examinador

Certifico que he revisado el historial de salud y examinado a esta persona y no encuentro contraindicaciones para participar en una experiencia Scouting. Este participante (con restricciones señaladas):

| Verdad | Falso | Explique |
|--------|-------|---|
| | | Cumple con los requisitos de altura/peso. |
| | | No tiene enfermedades cardíacas, pulmonares o hipertensión no controladas. |
| | | No ha tenido una lesión ortopédica, problemas musculoesqueléticos o cirugía ortopédica en los últimos seis meses o posee una carta de autorización de su cirujano ortopédico o médico tratante. |
| | | No tiene trastornos psiquiátricos no controlados. |
| | | No ha tenido convulsiones en el último año. |
| | | No tiene diabetes mal controlada. |
| | | Si planea bucear, no tiene diabetes, asma ni convulsiones. |

Firma del examinador: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del examinador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Tel. Oficina: _____

Restricciones de altura/peso

Si excede el peso máximo para la altura como se explica en el siguiente cuadro y su actividad de alta aventura planificada lo llevará a más de 30 minutos de un vehículo de emergencia/carretera accesible, es posible que no se le permita participar.

Peso máximo para la altura:

| Estatura(pulgadas) | Peso Max. | Estatura (pulgadas) | Peso Max. | Estatura (pulgadas) | Peso Max. | Estatura(pulgadas) | Peso Max. |
|--------------------|-----------|---------------------|-----------|---------------------|-----------|--------------------|-----------|
| 60 | 166 | 65 | 195 | 70 | 226 | 75 | 260 |
| 61 | 172 | 66 | 201 | 71 | 233 | 76 | 267 |
| 62 | 178 | 67 | 207 | 72 | 239 | 77 | 274 |
| 63 | 183 | 68 | 214 | 73 | 246 | 78 | 281 |
| 64 | 189 | 69 | 220 | 74 | 252 | 79 and over | 295 |



Aviso de alto riesgo de aventura para proveedores de atención médica y padres

Tel.: 575-376-2281

Website: www.philmontscoutranch.org

Rancho Scout Philmont

Recomendaciones para aquellos con Enfermedad cardiovascular.

La actividad física en Philmont puede desencadenar un ataque cardíaco o un derrame cerebral en personas en riesgo. Esto incluye personas con enfermedades cardíacas o con antecedentes familiares de enfermedades cardíacas. Un historial de cualquiera de los siguientes pone a las personas en mayor riesgo de sufrir un ataque cardíaco o un derrame cerebral:

- Dolor en el pecho o ataque cardíaco
- Cirugía cardíaca, incluida la colocación de un stent en angioplastia
- Accidentes cerebrovasculares o ataques isquémicos transitorios (AIT)
- Hipertensión
- Claudicación (dolor en las piernas que ocurre con el ejercicio)
- Diabetes
- Fumar
- Peso excesivo

Se recomienda una evaluación exhaustiva y se requiere la autorización del médico tratante.

Lesiones musculoesqueléticas recientes y Cirugía Ortopédica.

Las personas que tienen importantes problemas musculoesqueléticos (incluidos problemas de espalda) o cirugía/lesiones ortopédicas dentro de los últimos seis meses deben tener una carta de autorización de su médico tratante para ser considerado para su aprobación.

Condiciones Psicológicas y Emocionales.

Los padres y asesores deben tener en cuenta que la experiencia Philmont no está diseñada para ayudar a los participantes a superar condiciones psicológicas o emocionales. Estas condiciones frecuentemente empeoran con el estrés de los desafíos físicos y mentales en un entorno remoto y salvaje. Los medicamentos para el TDAH, la ansiedad, la depresión u otras afecciones psicológicas nunca deben suspenderse antes de participar y deben continuarse durante toda la experiencia Philmont.

Límites de peso. Adultos que superen el máximo aceptable

límite de peso para su altura en el nuevo control médico de Philmont NO se le permitirá viajar con mochila o caminar en Philmont. Los participantes menores de 18 años que excedan el peso máximo aceptable para la altura serán evaluados caso por caso para determinar si el joven puede participar. Las excepciones no se hacen automáticamente y se requiere una discusión previa con Philmont. A las personas que pesen más de 295 libras no se les permitirá participar en programas fuera de pista debido a restricciones de equipos de rescate y protocolos de evacuación segura.

El límite de peso para cualquier individuo que participe en un programa de equitación es de 200 libras. Esto se aplica por la seguridad tanto del jinete como del caballo. Además, los participantes de la Cabalgata deben poder montar desde el suelo sin ayuda. La discreción final sobre todos los jinetes recae en el personal de Philmont.

Peso máximo para la altura:

| Estatura(pulgadas) | Peso Max. | Estatura(pulgadas) | Peso Max. |
|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| 60 | 166 | 70 | 226 |
| 61 | 172 | 71 | 233 |
| 62 | 178 | 72 | 239 |
| 63 | 183 | 73 | 246 |
| 64 | 189 | 74 | 252 |
| 65 | 195 | 75 | 260 |
| 66 | 201 | 76 | 267 |
| 67 | 207 | 77 | 274 |
| 68 | 214 | 78 | 281 |
| 69 | 220 | 79 y más | 295 |

Aprobación Philmont. El personal y/o los médicos del personal se reservan la **derecho a negar la participación de cualquier individuo basándose en un examen físico y/o historial médico.**

Cada participante está sujeto a un nuevo control médico en Philmont. Los participantes con afecciones crónicas que incluyen (entre otras) asma, diabetes y epilepsia deben consultar específicamente con sus médicos sobre cualquier posible cambio en sus rutinas médicas o afecciones de salud que puedan derivarse de la actividad en un entorno natural.

Otras condiciones comunes.

Aunque no estrictamente Al ser descalificadores, ciertas condiciones de salud pueden afectar la experiencia de un participante en Philmont. Para obtener más información, comuníquese con Philmont o consulte el sitio web para obtener más información sobre condiciones tales como:

- Autismo
- Apnea del sueño



Prepared. For Life.®