

## 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. Alternativo: \_\_\_\_\_

## 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](http://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			
musculoesquelético			
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 y más	295



Prepared. For Life.®

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

Tel.: 305-664-4173

Website: [www.bsaseabase.org](http://www.bsaseabase.org)

## Florida Sea Base

**Experiencia en Sea Base.** Las aventuras en Sea Base no están exentas de riesgos. Los participantes deben seguir las medidas de seguridad y asumir la responsabilidad personal de su salud y seguridad. Las condiciones climáticas incluyen temperaturas que oscilan entre 45 y 95 grados, alta humedad, índices de calor que alcanzan los 110 grados y un clima tropical frecuente, a veces severo. Las actividades prolongadas y rigurosas incluyen snorkel, buceo, kayak, piragüismo, vela, senderismo y otras.

Es responsabilidad de los participantes, los padres o tutores de los participantes, los equipos de atención médica de los participantes y los líderes de unidad asegurarse de que cada individuo (joven o adulto) pueda participar de manera segura en las aventuras de Sea Base.

**Participantes Adultos.** Es función de los adultos acompañantes garantizar la seguridad de los jóvenes. Debido a esto, los participantes adultos deben llegar en buenas condiciones físicas y sin condiciones médicas que puedan desviar la atención del personal de la Base Marina de los participantes jóvenes.

Los participantes de Sea Base deben:

- Nadar de manera fuerte
- Subir una escalera de 6 pies, sin ayuda, en condiciones climáticas adversas, desde el agua hasta un barco que se balancea
- Auto-rescate si se encuentra al agua en condiciones climáticas adversas

**Ubicación.** Las aventuras de Sea Base se llevan a cabo en el mar, a menudo lejos de la tierra, con acceso limitado a los servicios de emergencia. Los tiempos de respuesta pueden verse afectados por el clima, el mar y la ubicación, y pueden retrasarse durante horas. Las personas con afecciones médicas que requieran acceso inmediato o casi inmediato a atención médica profesional no deben asistir a Sea Base.

**Derecho a negarse.** Sea Base se reserva el derecho de negar la participación basándose en preocupaciones de salud y seguridad y/o historial médico.

**Necesidades especiales o preocupaciones médicas.** cualquier individuo con necesidades especiales o inquietudes médicas debe tener un defensor en el lugar que comprenda la condición y el tratamiento del individuo y que esté preparado para brindarle apoyo.

**Liderazgo capacitado.** Se requiere que cada tripulación tenga al menos un adulto capacitado en primeros auxilios y RCP en áreas silvestres o que tenga una certificación médica profesional superior. Este líder actúa como la primera respuesta principal hasta que lleguen los servicios de emergencia. No hay instalaciones en el lugar para tratamiento o atención prolongada en Sea Base. Sea Base no cuenta con personal médico.

**Medicamentos.** Las personas que requieran medicamentos deben continuar con los medicamentos según lo recetado y traer un suministro adecuado. Cada equipo debe desarrollar un plan para asegurar, cerrar y dispensar medicamentos.

**Alergias.** Los participantes con alergias que puedan provocar reacciones graves o anafilaxia deben traer un suministro adecuado de autoinyectores de epinefrina (EpiPen) para durar hasta tres horas.

## Recomendaciones sobre Enfermedad crónica y/o comprometida Sistema inmunitario.

Las personas con enfermedades crónicas y/o sistemas inmunológicos comprometidos deben buscar asesoramiento médico y educación sobre los riesgos médicos asociados con los duros ambientes marinos antes de participar. Las personas con heridas abiertas o que estén en riesgo de padecer enfermedades crónicas o trastornos inmunológicos no deben asistir a Sea Base.

**Hipertensión (presión arterial alta).** Debe tener una presión arterial inferior a 140/90. Las personas con hipertensión deben tratar y controlar bien su afección antes de asistir.

**Diabetes mellitus insulín dependiente.** Diabetes debe estar bien controlado. La hipoglucemia puede provocar pérdida del conocimiento y ahogamiento.

- Se recomienda no participar a las personas dependientes de insulina que hayan sido diagnosticadas recientemente o que hayan sufrido cambios en los sistemas de administración en los últimos seis meses.
- No deben participar personas con diabetes que hayan tenido problemas frecuentes y/u hospitalizaciones.
- No se permitirá bucear a personas que usen insulina para controlar la diabetes.
- Cualquier prueba de HbA1c superior a 7 en los 12 meses anteriores descalifica a una persona para el buceo.
- Las personas menores de 18 años que controlen su diabetes con ejercicio y dieta (sin ayuda de medicamentos) y puedan proporcionar tres pruebas de hemoglobina secuenciales con valores de HbA1c inferiores a 6 podrán ser aprobados para bucear.
- Las personas mayores de 18 años que controlen su diabetes con ejercicio y dieta (sin ayuda de medicamentos) y puedan realizar cuatro pruebas de HbA1c, cada una con un valor inferior a 7, dentro de los 12 meses anteriores podrán ser aprobadas para bucear.

**Convulsiones (epilepsia).** Las convulsiones mientras se practica snorkel o buceo son extremadamente peligrosas y, a menudo, fatales.

- **Los antecedentes de pérdida del conocimiento a menudo impiden practicar snorkel o buceo. Se requiere una consulta formal con un neurólogo y/o cardiólogo.**
- **Ningún participante con antecedentes de convulsiones o tomando medicamentos antiepilépticos podrá hacer snorkel o bucear.**

— Los posibles participantes con antecedentes de convulsiones febriles infantiles pueden ser considerados para practicar snorkel o buceo después de una consulta formal con un neurólogo.

**Asma.** El asma debe estar bien controlada. Las personas que requieran el uso de medicamentos y/o inhaladores deben traer un suministro suficiente.

- Las personas que reciben tratamiento por asma (incluida la enfermedad reactiva de las vías respiratorias) quedan descalificadas para bucear.
- A las personas con antecedentes de asma que hayan sido asintomáticas y no hayan usado medicamentos para controlar el asma durante cinco años o más se les puede permitir bucear si su médico confirma específicamente la resolución del asma e incluye pruebas provocativas de la función pulmonar realizadas por un neumólogo.

—Las pruebas de provocación pueden incluir ejercicio, solución salina hipertónica, una prueba de hiperpnea, etc.



Prepared. For Life.®

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

Tel.: 305-664-4173

Website: [www.bsaseabase.org](http://www.bsaseabase.org)

## Florida Sea Base

### Lesiones musculoesqueléticas recientes y

**Cirugía Ortopédica.** Las personas con problemas musculoesqueléticos o cirugías ortopédicas dentro de los últimos seis meses deberán presentar una carta de su médico tratante para participar.

### Dificultades psicológicas y emocionales.

Cualquier condición debe estar bien controlada sin los servicios de un profesional de salud mental. Los participantes que necesiten medicamentos deben traer un suministro suficiente y tomarlos según lo prescrito durante el viaje.

- Muchos medicamentos psicotrópicos no son compatibles con el buceo.
- Las personas que tomen más de un medicamento psicotrópico no tendrán autorización para bucear.
- Las personas con ansiedad no tendrán autorización para bucear.

**Límite de peso.** Los participantes deben cumplir con las pautas de altura y peso de BSA. Se pueden hacer excepciones para personas que no excedan las pautas de altura y peso de BSA en más de 20 libras. Debido a las restricciones de peso del equipo de rescate, no se puede ofrecer una excepción a las personas que miden 78 pulgadas (6,5 pies) o más.

**Participantes de buceo.** A las personas con condiciones catalogadas como severas por el Consejo de Entrenamiento de Buceo Recreativo (RSTC) no se les permitirá bucear. A las personas con condiciones prohibidas por la política de buceo de BSA no se les permitirá bucear. Varios factores de riesgo pueden excluir a una persona del buceo, ya sea temporal o permanentemente. Los factores de riesgo incluyen, entre otros, problemas de oído y de los senos nasales, cirugía reciente, neumotórax espontáneo, asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias, trastornos convulsivos, diabetes, leucemia, enfermedad de células falciformes, embarazo, trastornos de pánico, psicosis activa, ciertos medicamentos, y narcolepsia.

**Cierre.** Sea Base, BSA es un líder de la industria de aventuras marítimas con un excelente historial de seguridad. Si tiene preguntas sobre políticas médicas, inquietudes médicas o aprobación médica, comuníquese con Sea Base al 305-664-4173.



Prepared. For Life.®