



## Formulario de salud y renuncia

Llene este formulario y devuélvalo a:  
 Stewart Reid, Tidewater Boating Center  
 4675A Tidewater Ave, Oakland, CA 94601  
 fax: 510.261.8114 email: [SReid@ebparks.org](mailto:SReid@ebparks.org)

Apellido del adolescente \_\_\_\_\_

Nombre del adolescente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Tamaño de camiseta \_\_\_\_\_

**Natación:** *Los campistas estarán en el agua a la altura del pecho, supervisados por los salvavidas y los líderes de recreación. Las áreas de natación están delimitadas. Por favor, díganos si permite a su niño entrar en el agua.*

Sí, mi niño puede entrar en el agua con supervisión del personal

No, no quiero que mi niño entre en el agua en absoluto

### ¿Para qué semana(s) se está inscribiendo?

10 al 14 de junio: Temescal, Oakland

8 al 12 de julio: Castle Rock, Walnut Creek

29 de julio al 2 de agosto: Coyote Hills,

17 al 21 de junio: Temescal, Oakland

17 al 21 de julio: Don Castro, Castro

24 al 28 de junio: Miller Knox, Richmond

22 al 26 de julio: Ardenwood, Fremont

### Padres/tutores principales:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Además del padre/tutor, enumere por favor 2 contactos adicionales en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el adolescente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el adolescente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Además del padre/tutor, ¿a quién se autoriza para recoger al adolescente? (se requiere una identificación con foto en la recogida)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el adolescente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el adolescente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi adolescente tiene permiso para entrar y salir y regresar al hogar por sí mismo.  Sí  No

**Historial médico:**

Describe por favor cualquier problema o lesiones médicas de las que debamos ser conscientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describe por favor cualquier problema emocional o psicológico del que debamos ser conscientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, enumere todas las alergias del adolescente: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere cualquier medicación que necesite tomar el adolescente *mientras esté en el programa*: \_\_\_\_\_

a) Por favor, enumere las medicaciones actuales que necesita tomar el adolescente en el campamento: \_\_\_\_\_

b) ¿Cómo se administra la medicación? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre y teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_

*Siéntase libre, por favor, de adjuntar información adicional, o llame al coordinador de recreación, al 510.544.2558 para hablar de cualquier otro problema.*

**Autorización del padre/tutor:**

Este historial de salud es correcto a mi mejor saber y entender, y la persona aquí mencionada tiene permiso de participar en todas las actividades prescritas del programa. En caso de una emergencia en la cual no pueda dar permiso para un tratamiento médico y no se pueda contactar a la persona designada por mí en casos de emergencia, autorizo al personal o los agentes del distrito a obtener cualquier tratamiento médico que juzguen necesario para el bienestar de mi hijo. En el caso de mi hijo, esta autorización se da conforme a las disposiciones de la sección 25.8 del código civil de California. Además, comprendo y estoy de acuerdo en ser responsable a nivel financiero de todas las cargas y tasas por la prestación del mencionado tratamiento de emergencia, sin importar si mi seguro médico cubre tales cargas y tasas.

Si tiene más de 18 años, firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es menor de 18 años, firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, quien firma más adelante, como participante, o como padre o tutor del niño que aparece en este formulario, asumo por este medio la responsabilidad completa de todo riesgo de lesión o pérdida que pueda resultar de la participación mía o de mi hijo en el programa mencionado más adelante, y acuerdo por este medio considerar inofensivo, exonerar y liberar para siempre al East Bay Regional Park District, a sus funcionarios, directores, agentes y empleados (colectivamente el "distrito") de toda y cualesquier demanda y exigencia de cualquier tipo que la persona que firma más adelante, y cualquiera de ellos o cualquier tercero y sus representantes o cualquier persona que actúa en representación de los mismos, o daños, pérdidas o destrucción de propiedades, que surjan o sean el resultado directo o indirecto de mi participación o la de mi hijo en la actividad anteriormente mencionada, y ocurriendo durante la participación mencionada, o en cualquier momento subsiguiente, sin importar si tales demandas o exigencias surgen por negligencia del distrito. Los términos de esta exoneración servirán como exoneración y asunción de riesgos para mí, mi hijo, mis herederos, ejecutivos, administradores y para todos los miembros de mi familia.

Entiendo, estoy de acuerdo y reconozco que algunas actividades en este programa pueden ser de naturaleza peligrosa y/o incluir una actividad física y/o vigorosa. Asumo por este medio todo riesgo de tales actividades. Entendiendo esto, declaro, a mi mejor saber y entender, que yo mismo o mi hijo, que aparece en este formulario, no tenemos ninguna condición de salud médica, física, mental, o emocional que obstaculicen la participación activa mía o mi hijo en el programa mencionado en este formulario.

En caso de cualquier emergencia en la cual no pueda dar permiso para un tratamiento médico y no se pueda contactar a la persona designada por mí en casos de emergencia, autorizo al personal o los agentes del distrito a obtener cualquier tratamiento médico que juzguen necesario para el bienestar de mi hijo. En el caso de mi hijo, esta autorización se da conforme a las disposiciones de la sección 25.8 del código civil de California. Además, comprendo y estoy de acuerdo en ser responsable a nivel financiero de todas las cargas y tasas por la prestación del mencionado tratamiento de emergencia, sin importar si mi seguro médico cubre tales cargas y tasas.

Doy mi permiso por completo al East Bay Regional Park District y cualquier medio de comunicación para usar mi nombre y el de mi hijo, cualesquiera fotografías mías o de mi hijo, gráficos de video, películas o grabaciones, para cualquier publicidad y propósito promocional, sin obligaciones o responsabilidad hacia mí.

Si tiene más de 18 años, firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es menor de 18 años, firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_