



Science, Technology, Engineering, Education & Math

## Forma de información de emergencia

Los participantes en actividades patrocinados por el centro de recreaciones deben estar libres de condiciones médicas, mentales o físicas, las cuales pueden crear riesgos indebidos a sí mismo o a otros quienes dependan de ellos. Estar en condición aumentará el placer del participante de la actividad. **Tener seguro medico es fuertemente sugerido.** Por favor revise su póliza de seguro para ver que cubra lo adecuado, ya que hay algunas compañías de seguro medico que no cubren accidentes causados por hacer actividades extremas. Recordatorio: si algún accidente o pérdida ocurre, cada participante es responsable por sus propios gastos médicos.

### Historia Médica

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

CWID#(numero de identificación escolar) \_\_\_\_\_ SS# (Numero de seguro social) \_\_\_\_\_

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

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro medico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre y número de póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Numero telefónico de su proveedor de seguro medico: \_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Sufre usted de alergias? Si usted sufre de alergias por favor díganos de que o cuales: \_\_\_\_\_

¿Esta tomando algún medicamento en este momento? Si esta tomando algún medicamento por favor indique cual, cuantas veces al día y la razón por lo que lo esta tomando: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna condición física o algún problema médico? Por favor indique los: \_\_\_\_\_

¿Cómo describirías tu condición física? Pobre \_\_\_\_\_ Promedio \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Excelente \_\_\_\_\_

¿Usa usted: Lentes \_\_\_\_\_ o lentes de contacto \_\_\_\_\_

¿Sabe nadar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel de habilidad para nadar? Nivel principiante \_\_\_\_\_ Nivel Intermedio \_\_\_\_\_ Nivel avanzado \_\_\_\_\_

¿Estas certificado para hacer CPR o en primeros auxilios? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Por favor liste consideraciones especiales de alimento: \_\_\_\_\_

### Contactos de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Numero telefónico de casa: \_\_\_\_\_ Numero telefónico del celular \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Numero telefónico de casa: \_\_\_\_\_ Numero telefónico del celular \_\_\_\_\_