



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 _____