

# INSTITUTO MARITIMO de la ISLA CATALINA en CHERRY COVE

Catalina Island Marine Institute

Aplicación Estudiante – Forma Medical

Escuela \_\_\_\_\_

Informacion de Estudiante – Completa en Todo

Apellido del Estudiante				Nombre Primero		Inicial del Segundo Nombre		<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	
Domicilio									
Ciudad			Estado		Código Postal		Teléfono Domiciliario		
Nombre de los Padre(s) o Guardián									
Domicilio (si es diferente de la del Estudiante)									
Ciudad			Estado		Código Postal		Teléfono Domiciliario		
Número de Teléfono Celular					Dirección de Correo Electrónico				
Nombre de Contato Emergencia Distintos de los Padre(s) o Guardián									
Domicilio									
Ciudad			Estado				Código Postal		
Teléfono Domiciliario			Teléfono de Oficina o Celular				Relación		
Compañía Seguro					Numero de Poliza				
Direccion de la Compañía Seguro					Teléfono de oficina				
Nombre del Médico					Teléfono de oficina				
Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año)				Estatura			Peso		

Confirme todas las condiciones del estudiante y explica abajo:

- Alergias (general)
- Alergia al picadura de abeja
- Asma
- Dolor de espalda
- Problemas con la vejiga o el intestino
- Mareado / Mareo
- Epilepsia or enfermedad convulsivo
- Fiebre de heno
- Dolores de cabeza
- Problemas or emferedades de la corazón
- El roble venenoso
- Problemas or enfermedades de la sistema respiratorio
- Problemas or enfermedades de seno
- Somnambulismo
- Vómitos
- Diabetes / Abuso de azúcar
- Otro

Explicación:

Es el estudiante competente participar en actividades vigoroso? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explicación:

Hay algunas otras necesariamentes medicales?

Hay algunas alergias al comidas? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Explicación:

Fecha de la última vacunación contra el tétano: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN ADICIONAL Y SE REQUIERE LA FIRMA EN EL REVERSO

## APLICACIÓN ESTUDIANTE – FORMA MEDICAL – Continuada

Es el estudiante requiere tomar medicación regularmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (todas las medicaciones seran administradas por los profesores o de los chaperones de la escuela del estudiante).

Favor de proporcionar instrucciones y dosis para la administración de medicaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Confirme estas medicaciones noprescritas que podemos tener permiso de dar a su niño/nina bajo supervision del professor o del chaperon de su niño/nina.

Sí _____ No _____	Kaopectate (para diarrea)	Sí _____ No _____	Acetaminofen (generico de Tylenol para dolores de
Sí _____ No _____	Pepto Bismol (para malestar estomacal)		cabeza o fiebres)
Sí _____ No _____	Leche de magnesia (para estrenimiento)	Sí _____ No _____	Sudafed (pseudonal)
Sí _____ No _____	Losanjes libre de azucar para dolor de garganta	Sí _____ No _____	Benadril (para alergias)
Sí _____ No _____	Caladryl (para las erupciones de piel)	Sí _____ No _____	Dramamine (para mareado o mareo)
Sí _____ No _____	Ibuprofin		

**Consentimiento Medico** Las condiciones medicas del estudiante indicadas en esa aplicacion estan completas y correctas. Doy por este medio el permiso al personal de Catalina Island Marine Institute (“CIMI”) de administrar los primeros auxilios y de arreglar para la asistencia medica y el tratamiento en caso de una emergencia medica. Tambien doy permiso al medico seleccionado por personal de CIMI para examinar, diagnosticar, y dar tratamiento bajo la circunstancia que el medico determine es apropiado y necesario. Una fotocopia de esta autorizacion sera tan valida y se puede aceptar como la original.

**Autorizacion Paternal** Me han informado la naturaleza del programa CIMI en el cual alistan al estudiante. Entiendo que hay riesgos asociados a la participación del estudiante en las actividades y transporte del programa decritas en este folleto desde, y al campo, que plantean una amenaza de lesión, de la enfermedad o de la muerte. El infraescrito esta familiarizado con deportes al aire libre y las actividades según las capacidades del estudiante, y no estoy enterado de ningun problema o limitación fisica, emocional o mental que prevendrian, deteriorian o aumentarian los riesgos implicados en la participación del estudieante en actividades del CIMI.

Con este conocimiento, concedo el permiso para que el estudiante participe en todas las actividades del campo y a nombre del infraescrito y el estudiante acepto y asumo el riesgo y la responsabilidad completa de lesión, enfermedad y muerte o perdida de propiedad personal o de otros costos de danos y medicos u otro resultando de la presencia del estudiante en CIMI.

Acepto y descargo por este medio a Guided Discoveries, Inc., CIMI, y sus agentes y empleados de responsabilidad a nosotros y al estudiante para cualesquiera y todas las perdidas, danos, y los costos y cualquier lesion a la persona o propiedad, incluyendo muerte resultando del recorrido del estudiante a/o desde CIMI y de la participación en el programa. Estoy de acuerdo ordenar al estudiante cumplir con todas las reglas y las politicas de CIMI y cooperar con personal de CIMI. Entiendo y convego que si el estudiante no puede cumplir con las reglas y las politicas, el o ella puede ser expulsado de CIMI y regresado a su hogar al costo de mi, el padre o guardian legal. Tambien autorizo el uso de las fotos tomadas de mi niño para el uso en su literatura promocional de Guided Discoveries.

**Firma** \_\_\_\_\_

Padre o Guardian Legal

**Fecha** \_\_\_\_\_

*Las reglas para la aceptacion y la participacion en programa dirigido de los descubrimientos son guales para cada uno sin concideracion alguna hacia la raza, el color, el origen nacional, el sexo o la desventaja.*