

INSTITUTO MARITIMO de la ISLA CATALINA en TOYON BAY

Catalina Island Marine Institute

Aplicación Estudiante – Forma Medical

Escuela _____

Informacion de Estudiante – Completa en Todo

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right; padding-right: 5px;"><input type="checkbox"/> hombre</td> <td style="width: 10%; text-align: right; padding-right: 5px;"><input type="checkbox"/> mujer</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Apellido del Estudiante</td> <td style="font-size: small;">Nombre Primero</td> <td style="font-size: small;">Inicial del Segundo Nombre</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> hombre	<input type="checkbox"/> mujer	Apellido del Estudiante	Nombre Primero	Inicial del Segundo Nombre			<p>Confirme todas las condiciones del estudiante y explica abajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergias (general) <input type="checkbox"/> Alergia al picadura de abeja <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Problemas con la vejiga o el intestino <input type="checkbox"/> Mareado / Mareo <input type="checkbox"/> Epilepsia or enfermedad convulsivo <input type="checkbox"/> Fiebre de heno <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Problemas or emferedades de la corazón <input type="checkbox"/> El roble venenoso <input type="checkbox"/> Problemas or enfermedades de la sistema respiratorio <input type="checkbox"/> Problemas or enfermedades de seno <input type="checkbox"/> Somnambulismo <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diabetes / Abuso de azúcar <input type="checkbox"/> Otro <p>Explicación:</p>						
			<input type="checkbox"/> hombre	<input type="checkbox"/> mujer													
Apellido del Estudiante	Nombre Primero	Inicial del Segundo Nombre															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="border-bottom: 1px solid black;">Domicilio</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Ciudad</td> <td style="font-size: small;">Estado</td> <td style="font-size: small;">Código Postal</td> <td style="font-size: small;">Teléfono Domiciliario</td> </tr> </table>	Domicilio								Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Domiciliario	<p>Es el estudiante competente participar en actividades vigoroso? Sí ____ No ____ Explicación:</p> <p>Hay algunas otras necesariamentes medicales?</p> <p>Hay algunas alergias al comidas? Sí ____ No ____ Explicación:</p> <p>Fecha de la última vacunación contra el tétano: _____</p>				
Domicilio																	
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Domiciliario														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de los Padre(s) o Guardián</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border-bottom: 1px solid black;">Domicilio (si es diferente de la del Estudiante)</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Ciudad</td> <td style="font-size: small;">Estado</td> <td style="font-size: small;">Código Postal</td> <td style="font-size: small;">Teléfono Domiciliario</td> </tr> </table>	Nombre de los Padre(s) o Guardián				Domicilio (si es diferente de la del Estudiante)									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														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Número de Teléfono Celular</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Dirección de Correo Electrónico</td> </tr> </table>	Número de Teléfono Celular	Dirección de Correo Electrónico															
Número de Teléfono Celular	Dirección de Correo Electrónico																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de Contato Emergencia Distintos de los Padre(s) o Guardián</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Domicilio</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Ciudad</td> <td style="font-size: small;">Estado</td> <td style="font-size: small;">Código Postal</td> </tr> </table>	Nombre de Contato Emergencia Distintos de los Padre(s) o Guardián			Domicilio						Ciudad	Estado	Código Postal					
Nombre de Contato Emergencia Distintos de los Padre(s) o Guardián																	
Domicilio																	
Ciudad	Estado	Código Postal															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Teléfono Domiciliario</td> <td style="font-size: small;">Teléfono de Oficina o Celular</td> <td style="font-size: small;">Relación</td> </tr> </table>				Teléfono Domiciliario	Teléfono de Oficina o Celular	Relación											
Teléfono Domiciliario	Teléfono de Oficina o Celular	Relación															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Compañía Seguro</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Numero de Poliza</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Direccion de la Compañía Seguro</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Teléfono de oficina</td> </tr> </table>	Compañía Seguro	Numero de Poliza	Direccion de la Compañía Seguro	Teléfono de oficina													
Compañía Seguro	Numero de Poliza																
Direccion de la Compañía Seguro	Teléfono de oficina																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Nombre del Médico</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Teléfono de oficina</td> </tr> </table>	Nombre del Médico	Teléfono de oficina															
Nombre del Médico	Teléfono de oficina																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año)</td> <td style="font-size: small;">Estatura</td> <td style="font-size: small;">Peso</td> </tr> </table>				Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año)	Estatura	Peso											
Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año)	Estatura	Peso															

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 estreñimiento)	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.