



Formulario de salud del campista/estudiante

Este formulario debe ser rellenado y firmado por el padre/madre/tutor legal del estudiante si éste es menor de 18 años y por el médico.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
-----------------	---------------	-----------------------------------

Dirección de domicilio

Ciudad	Estado	Código postal
---------------	---------------	----------------------

INFORMACIÓN MÉDICA

Alergias:

- Ninguna alergia conocida
- El estudiante/el campista es alérgico a:
 - Alimento Medicina Al medio ambiente (picaduras de insectos, rinitis alérgica, etc.)
- Otros

Por favor, describa a qué es alérgico el campista/estudiante y la reacción observada.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA

Persona a contactar en primer lugar: _____ **Contacto de respaldo:** _____

Nombre _____ Nombre _____

Relación _____ Relación _____

Teléfono celular _____ Teléfono celular _____

¿QUÉ MÁS DEBEMOS SABER? Por favor, proporcione cualquier información adicional que sería útil que el personal supiera para que su estudiante/campista tenga un tiempo exitoso mientras esté aquí.

INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA DE SEGURO

El estudiante arriba mencionado está cubierto por un seguro médico:

Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Relación _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ Ocupación _____

Compañía de seguros _____

Número de teléfono de la aseguradora _____

Número de póliza o número de identificación de afiliado _____ Plan o número de grupo _____

- **Adjuntar una fotocopia del documento de identidad del asegurado**
- **Adjuntar una fotocopia de la tarjeta del seguro del estudiante**

EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD, POR LA PRESENTE AUTORIZO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD A PROPORCIONAR ASISTENCIA Y/O TRATAMIENTO MÉDICO AL ESTUDIANTE ARRIBA MENCIONADO. ENTIENDO QUE EN CASO DE EMERGENCIA O ACCIDENTE, SE LLAMARÁ AL 911. AUTORIZO A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA (EMS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) A ADMINISTRAR CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO, MEDICACIÓN O APARATO QUE EMS CONSIDERE NECESARIO. TAMBIÉN AUTORIZO EL TRANSPORTE POR PARTE DE EMS AL CENTRO MÉDICO APROPIADO MÁS CERCANO, SI SE DETERMINA NECESARIO. ENTIENDO QUE SERÉ RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS LOS CARGOS DE EMS, HOSPITAL Y MÉDICO POR SERVICIOS DE EMERGENCIA AL ESTUDIANTE. TAMBÍEN ENTIENDO Y ACEPTO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR CUALQUIER OTRO GASTO MEDICO INCURRIDO POR ESTE ESTUDIANTE DURANTE SU ASISTENCIA AL PROGRAMA.

Firma del padre/madre/tutor legal (si es menor de 18 años)

Fecha

Firma del estudiante (si tiene 18 años o más)

Fecha

Por favor, rellene la página 3 si el estudiante/campista necesita alguna medicación mientras asiste al campamento/programa, incluyendo, pero no limitado a, inhaladores y EpiPen (Epinefrina autoinyectable).

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

DIRECTRICES PARA MEDICAMENTOS Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

Todos los medicamentos serán guardados y administrados por el estudiante. Le pedimos que enumere todos los medicamentos a continuación, incluyendo EpiPen e inhaladores, en el caso de que necesitemos proporcionar esta información a un profesional médico durante una emergencia. Enumere todos los **medicamentos recetados y no recetados/de venta libre** a continuación, incluida toda la información sobre la dosis. Si es necesario, adjunte una hoja adicional.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Indicación

¿Ha tenido el estudiante alguna reacción a alguno de estos medicamentos? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, ¿a cuál? Describa la reacción:

Doy permiso para que el estudiante antes mencionado tome el medicamento antes mencionado por enfermedad o problemas de salud mientras asista al programa (El medicamento debe ser proporcionado por la familia del estudiante/campista. El personal de la Universidad de Denver no será responsable de administrar el medicamento al estudiante/campista ni de supervisar su uso).

Escriba sus iniciales _____

AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS RECETADOS Y NO RECETADOS:

Entiendo que debo proporcionar todos los medicamentos mencionados anteriormente. Los medicamentos recetados deben venir en un envase original etiquetado en la farmacia con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la hora de administración, la dosis, la fecha y el nombre del proveedor de atención médica autorizado. Los medicamentos de venta libre deben estar etiquetados con el nombre del alumno y en su envase original. La dosis debe coincidir con la autorización firmada por el médico. He discutido los riesgos relacionados con el uso de los medicamentos y entiendo que yo (y mi hijo) reconocemos, aceptamos y asumimos los riesgos asociados con este uso de la medicación. He leído y comprendo las condiciones expuestas anteriormente.

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ Fecha _____
(Para estudiantes mayores de 18 años)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ Fecha _____
(Se requiere la firma del padre/tutor para los estudiantes menores de 18 años)