



**Año escolar 2013-14 PROGRAMA EDUCATIVO AMBIENTAL  
Forma médica & autorización para tratamiento médico**

**INFORMACIÓN GENERAL DEL PARTICIPANTE:**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres o guardianes: \_\_\_\_\_

Mejor teléfono: \_\_\_\_\_ Numero celular: \_\_\_\_\_ Texto? Y /N

(Numero de teléfono adicional): \_\_\_\_\_ (Numero de teléfono adicional): \_\_\_\_\_

*\*\*\*La mayoría de la correspondencia se hace por correo electronico. Por favor escriba claramente su correo electrónico:\*\*\**

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¡Si! Agregame mi correo electronico a la publicación mensual del boletín informativo.

No gracias, o ya estoy en la lista del correo electrónico del boletín informativo.

Origen étnico (Portland Parks & Recreation ha empezado un proyecto nuevo para servir a toda la comunidad de Portland.)

\_\_\_\_ Inmigrante Africano

\_\_\_\_ Eslavos/Emigrantes Orientales de Europa

\_\_\_\_ Nativo Americano / Nativo de Alaska

\_\_\_\_ Americano / Caucásico

\_\_\_\_ Afroamericano

\_\_\_\_ Multirracial

\_\_\_\_ Hispano / Latino

\_\_\_\_ Otro

\_\_\_\_ Nativo de Hawai / Nativo de la Polinesia

\_\_\_\_ Declinar respuesta

\_\_\_\_ Asian

¿Califica el participante para Comida Gratuita o Reducida en la escuela? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA:**

*Los padres o guardianes serán contactados primero, pero por favor proveer información alternativa en caso de una emergencia.*

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Año más reciente de vacunación contra el tétano: \_\_\_\_\_ Proveedor de seguro: \_\_\_\_\_

Numero de póliza: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR:**

Mi hijo/a, \_\_\_\_\_, tiene permiso para ser parte de todas las actividades y viajes. Estas incluyen viajes en el vehículo de la ciudad y la participación en aventuras al aire libre. Yo estoy conciente que hay riesgos en viajar en vehículo y participar en aventuras al aire libre.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO:**

En el caso de yo no pueda ser localizado en una emergencia médica, yo autorizo al instructor de viaje a seleccionar el médico, asegurar tratamiento apropiado y la inyección de orden, anestesia o cirugía para mi hijo/a como nombrado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardián legal \_\_\_\_\_  
Fecha

## INFORMACIÓN DE SALUD Y MEDICINA

### Alergias:

Tiene el participante alergias? \_\_\_\_\_

Alérgico/a a: \_\_\_\_\_

Reacciones: \_\_\_\_\_

### Dieta:

Restricciones de la dieta: \_\_\_\_\_

### Medicaciones:

¿Está su hijo/a tomando medicamentos? SI / NO

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a algun problema físico o de salud que sería de gran ayuda darnos a saber? Si, por favor describelo.

---

---

---

---

---

¿Tiene su hijo/a alguna consideración de comportamiento, emocional o intelectual que sería de ayuda darnos a saber? Si, por favor describelo. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

*\*\*\*Por favor, incluya cualquier información médica pertinente adicional en una hoja separada\*\*\**

### Información de actividades:

¿Cual es la experiencia del hijo nadando?  No nada  Más o menos  Bueno  Excelente

¿Hace ejercicio?  Nunca  Algunas veces  Seguido  Todos los días

¿Su condición física es?  Más o menos  Buena  Excelente

Altura: \_\_\_\_\_ Paso: \_\_\_\_\_ Medida de zapatos \_\_\_\_\_ Medida de ropa : Camiseta: S M L XL

Pantalones: S M L XL

### Póliza sobre fotografías:

Fotografías van hacer tomadas por el programa ambiental educativo donde los adolescentes seran parte del cuadro. Fotos sin nombre seran usadas por PP&R con un propósito educativo y informativo. Si prefiere a su hijo/a afuera de las fotografías por favor denos a saber. Nosotros con mucho gusto compliremos su petición.



