

Para uso oficial solamente:

Teacher _____

Living Group _____



Consentimiento Informado para el Campamento de Experiencia Educativa al Exterior y de Pernoctar en Cedar Springs Camp

Northshore
School District

Nombre del estudiante _____

Número ID del alumno _____

Nombre de la escuela _____

Fechas en que asistirá _____

Información detallada proveída en la Noche Informativa para Padres celebrada el día _____

Descripción breve de las actividades y del transporte

- Transporte proporcionado por un autobús del distrito escolar
- Las clases del albergue, sobrevivencia, GPS y Arte son impartidas por el personal de NSD
- Las clases de escalamiento de rocas, arquería, hacer fuego, estudiante forestal, stream life y vida silvestre del noroeste son impartidas por el personal de Camp Cedar Springs. Las descripciones de las clases en inglés pueden ser consultadas en cedarspringscamp.net

Aunque el Distrito Escolar de Northshore (NSD) intenta asegurarse que la seguridad de todos los involucrados en actividades escolares, la participación de una experiencia al exterior y nocturna tiene sus riesgos inherentes. Algunas actividades como la arquería y el uso de escalar paredes de roca tienen más riesgo que las demás y podrían resultar en lastimaduras serias o la muerte. Se debe tener una consideración cuidadosa a los riesgos asociados con las actividades del campamento antes de hacer la decisión de participar.

En el caso de una emergencia médica seria, se llamará al 911 para evaluar a su hijo(a) y/o será trasladado a hospital más cercano para evaluación y tratamiento. Los padres/tutores serán informados inmediatamente. Para problemas de índole no emergente, la enfermera del campamento consultará con los padres. Por favor proporcione un número telefónico (al reverso) para que pueda ser localizado durante el viaje.

Consentimiento de padres/tutores:

Entiendo que esta es una experiencia educativa complementaria y que mi hijo(a) no requiere de participar. Como padre/madre/tutor del estudiante nombrado arriba, he leído la información proveída y estoy completamente consciente de los peligros y riesgos inherentes de participar en las actividades mencionadas arriba.

- Autorizo a profesionales médicos calificados que examinen y en el evento de lastimaduras o enfermedades serias, administrar atención médica al estudiante nombrado arriba. Entiendo que se hará cada esfuerzo por contactarme para explicar la naturaleza del problema antes de involucrar un tratamiento.
- He proporcionado información de mi seguro médico y de salud al reverso de este formulario.
- En el evento de que el personal del distrito escolar tenga que obtener atención de emergencia para mi hijo(a), ni el personal o el distrito escolar asumen ninguna responsabilidad financiera por los gastos incurridos debido a un accidente, lastimadura, enfermedad y/o circunstancias no previstas. Entiendo que NSD no cubre seguro médico o de lastimadura para mi hijo(a), y que yo soy responsable por las cuentas médicas que puedan incurriarse por un accidente, lastimadura o enfermedad de mi hijo(a) en el campamento de Cedar Springs.
- En consideración de la oportunidad para que mi hijo(a) participe en Camp Cedar Springs, estoy de acuerdo de defender, indemnizar y no hacer responsable a *Northshore School District*, sus oficiales, empleados y voluntarios de cualquier reclamación, lastimaduras, daños, pérdidas o demandas que incluyan tarifas de abogados, resultantes o en conexión con esta actividad, excepto por lastimaduras y daños causados por la sola negligencia del distrito.

Nombre impreso de padre/tutor _____

Firma de padre/tutor _____

Fecha _____

La información para un seguro opcional para accidentes/lastimaduras está disponible en el sitio web, oficina escolar o puede ser enviado casa bajo solicitud.

Para ser completada por un padre/madre/tutor

En caso de emergencia	
Nombre del Estudiante _____	Fecha de nacimiento _____
1 ^{er} Contacto Padre/tutor _____	Teléfono _____
Contacto alternativo _____	Teléfono _____
Nombre del proveedor de atención médica y salud _____	Teléfono _____
Compañía de seguros _____	Nombre del suscrito _____
Fecha de nacimiento del suscrito _____	Póliza # _____ Grupo # _____
Dirección de seguro _____	Teléfono _____
<input type="checkbox"/> Entiendo que NSD no tiene seguro por accidentes/lastimaduras para mi hijo(a) y que yo soy responsable por cualquier cuenta médica que se incurra por un accidente, lastimadura o enfermedad de mi hijo en el campamento Cedar Springs.	
<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) tiene seguro para accidentes/lastimaduras para gastos médicos que puedan incurrirse como resultado de una actividad del campamento.	
<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) no tiene cobertura para accidentes/lastimaduras para una actividad de esta naturaleza. Me gustaría información sobre el seguro opcional para accidentes.	

Salud del estudiante y/o alerta de medicamentos (confidencial)	
<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) no tiene condiciones médicas o físicas conocidas que puedan interferir con su seguridad en esta actividad.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) tiene una condición específica que puede afectar su participación u otras condiciones tales como, orinarse, sonambulismo, alergias, dieta especial, etc. Por favor anote las condiciones: _____ _____
Entiendo que NO se debe incluir medicamento en el equipaje de mi hijo(a).	
<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) traerá medicamento "sin receta" o recetado a esta excursión, adicional al que normalmente toma durante su día de clases. x Todo el medicamento deberá estar etiquetado en su envase original con el nombre del estudiante x Cualquier medicamento no autorizado por su médico no puede y no será administrado x <u>Si trae medicamento:</u> <input type="checkbox"/> He completado el formulario de "Authorization for Medication" de Cedar Springs y ha sido revisado, firmado y regresado por el proveedor de atención médica.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo(a) tiene una Condición que amenaza su vida (Por ejemplo, alergias severas a abejas, alimentos, asma severa, diabetes, etc.) Describa (la escuela anexará el plan de emergencias) _____ _____

Nombre de padre/madre/tutor: _____	
Firma de padre/madre/tutor: _____	Fecha _____