



Ascend Outdoor Adventures
1111 Doris Ln
Cedar Park TX, 78613
512.965.9371
www.AscendOutdoor.com

Formulario de Liberación y Exención Médica

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____ **SU EDAD** _____

Su dirección _____ **Hombre** **Mujer**

La Ciudad _____ El Estado _____ El Código postal _____

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME:

Su nombre: _____ Su relación _____

El teléfono diurno _____ El nocturno _____

El celular _____

Nombre de su doctor _____ Teléfono del doctor _____

La compañía de seguros _____

Número de identificación _____

Nosotros/Yo damos/doy nuestro/mi consentimiento a Ascend Outdoor Adventures para autorizar exámenes de emergencia y/o procedimientos de diagnóstico, procuración de tratamiento médico, cirugía de emergencia y la administración de los anestésicos necesarios, cuando en opinión de cualquier médico o cirujano de buena reputación dicho tratamiento médico sea necesario para la salud mental o física del participante y nosotros/yo no podemos/puedo ser contactados dentro de un tiempo razonable para obtener nuestro consentimiento para el tratamiento. Nosotros/Yo tenemos/tengo un seguro apropiado o, en su ausencia, acordamos pagar todos los costos de rescate y /o servicios médicos en los que se pueda incurrir en nuestro/mi nombre.

La firma del participante _____ La fecha _____

SI EL PARTICIPANTE TIENE MENOS DE 18 AÑOS,
UN PADRE O TUTOR LEGAL DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN

La firma del padre _____ La fecha _____

El historial médico:

¿Ha tenido o tiene actualmente: (Ponga un círculo SÍ o NO)

1. Los Problemas de corazón SÍ NO
2. Las alergias (abejas, medicamentos, etc.) SÍ NO
3. La presión arterial baja o alta SÍ NO
4. Los mareos, dolores de cabeza recurrentes, o desmayos SÍ NO
5. La diabetes SÍ NO
6. Los problemas pulmonares o asma (¿llevar inhalador?) SÍ NO
7. Los problemas de espalda SÍ NO
8. Cualquier fobia conocida SÍ NO
9. Cualquier enfermedad o dolencia conocida. SÍ NO
10. Cualquier drogas o medicamentos que se toman SÍ NO
11. El dolor abdominal o menstrual intenso SÍ NO
12. El deterioro emocional o discapacidad SÍ NO
13. La epilepsia o convulsiones SÍ NO
14. Los esguinces, fracturas o dislocaciones recientes SÍ NO

*Está embarazada actualmente? SÍ NO

El grupo sanguíneo _____ La fecha del último examen físico _____

¿CONOCE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD O CONDICIÓN QUE TENGA QUE LE IMPIDA PARTICIPAR EN NUESTROS PROGRAMAS? SÍ NO

Las inmunizaciones:

El antitetánico SÍ NO DESCONOCIDO La fecha: _____

Hepatitis A SÍ NO DESCONOCIDO La fecha: _____

La triple vírica SPR SÍ NO DESCONOCIDO La fecha: _____

Hepatitis B SÍ NO DESCONOCIDO