



## CAMP WHITTIER RELEASE Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

ESTE CAMPO WHITTIER RELEASE Y EL ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN (el "Acuerdo") está siendo ejecutado por el participante abajo firmante, quien declara:

**1A. Reconocimiento:** Reconozco que: Tengo la intención de participar en uno o más cursos de formación de liderazgo y equipo operados bajo el nombre de "CAMP WHITTIER" y patrocinados por o en una instalación que sea propiedad de, operada o relacionada con el United Boys and Girls Clubs of Santa Barbara, Inc. ("United"), y cada una de las corporaciones separadas del Club de Niños y Niñas afiliadas a esa entidad (incluidas, entre otras, las de Camp Whittier, Carpintería, Westside Santa Barbara, Goleta y Lompoc) (Estados y todos estas otras corporaciones se denominan colectivamente en el presente documento como "Corporaciones").

**POR FAVOR INICIAL PARA INDICAR QUE LEE Y ENTENDER EL PÁRRAFO 1A: \_\_\_\_.**

**1B. Los Cursos Camp Whittier incluyen una serie de actividades riesgosas,** como mochilero, senderismo, escalada en roca, curso de cuerdas altas, juegos de iniciativa, juegos nuevos, actividades de formación de equipos y otras actividades físicas. Estos representan riesgos y peligros para los participantes, incluidos, entre otros, los derivados de (1) la negligencia de otros participantes y espectadores del programa; (2) la negligencia de los fabricantes de equipos o defectos en sus productos; (3) la falla o el uso negligente del equipo; (4) resbalones, tropezones, caídas, colisiones y otros encuentros con equipos de entrenamiento, senderos, rocas, vida vegetal, vida animal, caída de rocas y otros objetos en o alrededor del área donde se llevan a cabo los Cursos Camp Whittier; y (5) la negligencia o la capacitación inadecuada de aquellas personas en los Cursos de Camp Whittier que buscan ayudar con la atención médica u otra ayuda para el Participante antes o después de que haya ocurrido una lesión.

**POR FAVOR INICIAL PARA INDICAR QUE LEE Y ENTENDER EL PÁRRAFO 1B: \_\_\_\_.**

**1C. Participación:** los facilitadores del curso de Camp Whittier me alentarán y me pedirán que participe en los cursos de Camp Whittier, no tengo el deber ni la obligación de participar, y soy el único responsable de decidir si participar, en todos, cualquiera o todos. del Campamento Whittier Cursos o actividades.

**POR FAVOR INICIAL PARA INDICAR QUE LEER Y ENTENDER EL PÁRRAFO 1C: \_\_\_\_.**

**2. Liberación:** Libero, como condición de mi participación en cualquier Curso de Camp Whittier, las Corporaciones, sus respectivos funcionarios, directores, fideicomisarios, empleados y otros agentes, y cada instructor en los Cursos de Camp Whittier de todos los reclamos, los costos, daños y gastos que surjan de mi participación en uno o más de los Cursos de Camp Whittier o que estén relacionados de alguna manera, y además reconozco y acepto que (a) esta Exención se extiende a todas las reclamaciones de cualquier naturaleza y tipo relacionadas con el Los Cursos de Camp Whittier y los asuntos descritos en la Sección 1 anterior, ya sea que dichas reclamaciones sean conocidas o desconocidas, se sospeche o no se sospeche, se oculten o no, y (b) renuncia expresamente a todos los derechos en virtud del Código Civil de California 1542, que dice lo siguiente: "A la liberación general no se extiende a las reclamaciones que el acreedor no conoce o sospecha que existen a su favor en el momento de la ejecución de la liberación, las cuales, si las conoce, deben haber afectado materialmente su acuerdo con el de btor "

**POR FAVOR INICIAL PARA INDICAR QUE LEE Y ENTENDER EL PÁRRAFO 2: \_\_\_\_.**

**3. Indemnización:** Estoy de acuerdo en indemnizar, defender y retener a las corporaciones, sus respectivos funcionarios, directores, fideicomisarios, empleados y otros agentes, y cada facilitador de los Cursos de Camp Whittier, gratis e inofensivo de todos los costos, reclamos, daños y gastos que surjan de mi participación en uno o más de los Cursos de Camp Whittier, o que estén relacionados de alguna manera con ellos.

**POR FAVOR INICIAL PARA INDICAR QUE LEE Y ENTENDER EL PÁRRAFO 3: \_\_\_\_.**

**4. Misceláneos.** Además, entiendo, acepto y acepto que: A. Este Acuerdo sustituye a todos los entendimientos anteriores y contemporáneos, ya sean orales o escritos, entre las Corporaciones y los facilitadores del Curso de Camp Whittier, y no puede ser modificado ni enmendado, excepto por escrito instrumento ejecutado por un representante autorizado de la Corporación y yo mismo. B. Antes de firmar este Acuerdo, he tenido tiempo suficiente para leer,

entender y considerar este Acuerdo, y para hacer cualquier pregunta que considere apropiada con respecto a los Cursos de Camp Whittier y este Acuerdo, y que no he sido coaccionado de ninguna manera. en firmar este Acuerdo en contra de mis deseos. POR

**FAVOR INICIAL PARA INDICAR QUE LEE Y ENTENDER EL PÁRRAFO 4: \_\_\_\_\_.**

**FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL DEL NIÑO / PARTICIPANTE MENOR**

El abajo firmante representa y garantiza a las Corporaciones y a cada instructor en los Cursos de Camp Whittier que el suscrito es el padre o tutor legal del Participante, y ha leído, entendido y consiente por este medio y ejecuta este Acuerdo en nombre del Participante.

Nombre impreso del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Camper o nombre del personal:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
primero medio ultimo

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ /  M  F

Si por alguna razón no desea autorizar el tratamiento, adjunte una carta de explicación.

Certifico que \_\_\_\_\_ goza de buena salud y es capaz de participar activamente en (Camper / Nombre del personal) actividades en el campo, excepto cuando señalado en esta forma. Asumo toda la responsabilidad de ver que el campista / personal esté debidamente preparado para el campamento, incluido el hecho de tener la ropa adecuada y el equipamiento y la buena salud.

Autorizo a UBGC a brindar atención médica de rutina, administrar medicamentos recetados y de venta libre que estoy enviando al campamento. Autorizo a UBGC a compartir información sobre este documento de Historial de Salud con personal seleccionado del campamento (cuidado de salud, etc.) y proveedores profesionales de cuidado de salud según sea necesario.

Autorizo a UBGC a brindar atención médica de rutina, administrar medicamentos recetados y de venta libre que estoy enviando al campamento. Autorizo a UBGC a compartir información sobre este documento de Historial de Salud con personal seleccionado del campamento (cuidado de salud, etc.) y proveedores profesionales de cuidado de salud según sea necesario. En caso de emergencia médica o necesidad de tratamiento médico, después de realizar todos los esfuerzos razonables para ponerse en contacto conmigo, con el médico de familia o con una de las suplentes enumeradas en este formulario, o con mi formulario de solicitud, doy mi permiso al médico asegurado. por el campamento para hospitalizar, asegurar el tratamiento y la inyección, anestesia o cirugía para mí. Autorizo a UBGC a organizar y / o proporcionar el transporte relacionado necesario para mí. Acepto ser responsable por los gastos incurridos durante el cuidado y tratamiento.

Nombre impreso del padre o tutor legal \_\_\_\_\_

Firma de padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SEGURO MÉDICO E INFORMACIÓN MÉDICA

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Asegurada Primero: \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor Principal: \_\_\_\_\_

Nombre de Clínica/ Hospital: \_\_\_\_\_

Ciudad & Estado: \_\_\_\_\_ teléfono:(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

## ALERGIAS / HISTORIA DE LA SALUD

### ALERGIAS

Enumere todas las alergias conocidas, incluida la reacción y el tratamiento que se administrará:

- No hay alergias conocidas
- Alergias alimentarias
- Medicación
- Ambiental / estacional
- Otro: \_\_\_\_\_

### Dieta / Nutrición

porcione los detalles que ayuden a la cocina. El personal brinda el mejor soporte nutricional posible.

- Come una dieta normal
- Vegetariana
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE LA SALUD

¿El / la camper / empleado tiene un historial de alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma            | <input type="checkbox"/> Hospitalización       | <input type="checkbox"/> Migrañas               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Cirugía               | <input type="checkbox"/> Convulsiones           |
| <input type="checkbox"/> Caminar dormido | <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica    | <input type="checkbox"/> Lesiones recientes     |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas      | <input type="checkbox"/> Mononucleosis         | <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama   | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Otro (especificar):    |

Por favor explique cualquier artículo marcado arriba:

¿Alguna restricción en tu actividad en el campamento? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:   
Sí  No

## **SALUD MENTAL Y EMOCIONAL**

¿Se ha diagnosticado o tratado a una caravana / personal por alguno de los siguientes?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> AGREGAR                                      | <input type="checkbox"/> AD / HD               | <input type="checkbox"/> Ansiedad                    |
| <input type="checkbox"/> OCD  | <input type="checkbox"/> PTSD                  | <input type="checkbox"/> discapacidad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> ODD  | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario | <input type="checkbox"/> Depresión                   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo                |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico psiquiátrico (especifique): |  |  |

explique los ítems marcados anteriormente:

¿Camper / Staff ve a un profesional de salud mental?  Sí  No

¿Alguna experiencia en el hogar, familia u otra experiencia o circunstancias de la vida que debamos conocer? Por favor explique:

## **INMUNIZACIONES**

Indique las fechas de la última inmunización o refuerzo, o adjunte una copia del registro oficial de inmunización:

Tiene campista / personal tenía varicela: \_\_\_ sí \_\_\_ no

Refuerzo contra el tétanos: \_\_\_ / \_\_\_ Varicela: \_\_\_ / \_\_\_ Hepatitis A: \_\_\_ / \_\_\_

VPH: \_\_\_ / \_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_ / \_\_\_ Sarampión, paperas, rubéola: \_\_\_ / \_\_\_

## Medicamentos

Enumere TODOS los medicamentos que vienen con el campista / personal al campamento, incluidas las vitaminas, las recetas y los medicamentos de venta libre.

Todos los medicamentos deben tener:

- Contenedores originales de farmacia o fabricante.
- Nombre (no se aceptan medicamentos que pertenezcan a otra persona)
- Fecha actual (no se aceptan medicamentos vencidos)
- Instrucciones escritas de la farmacia o del médico (no se aceptan sus instrucciones para medicamentos recetados)
- Los jóvenes serán responsables de tomar los medicamentos ellos mismos frente al personal de UBGC

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Razón para tomar</b>	<b>Cantidad / dosis</b>	<b>Tiempo dado</b>	<b>Cómo dado</b>
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Noche	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Noche	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Noche	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Noche	

### **CUIDADO DE SALUD Y REGISTRO DE TRATAMIENTO - Solo para uso en el campamento**

Fecha	Hora	Quejas/Condición	Evaluación	Tratamiento	Personal Firma
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

