

HOJA INFORMATIVA DE COLORADO MILE HIGH CAMP, EASTER SEALS, BOEC Y EL PROGRAMA DE LIDERAZGO DE 2014

¡Toda la información que debe saber para asistir al CAMPAMENTO!

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES DESPUÉS DEL 1º de mayo de 2018.

Recibirá una confirmación por correo electrónico cuando se haya recibido la solicitud. Incluya su dirección de correo electrónico en los formularios.

Programas

Programa	Edad	Quiénes	¿Qué se necesita?
Easter Seals	Entre 7 y 14 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Campistas que padezcan un trastorno hemorrágico ✓ Hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paquete de Easter Seals ✓ Ejemplar de la tarjeta de seguro médico (anverso y reverso) ✓ Vacunas
B.O.E.C	Entre 12 y 13 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Campistas que padezcan un trastorno hemorrágico ✓ Hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paquete de BOEC ✓ Ejemplar de la tarjeta de seguro médico (anverso y reverso) ✓ Vacunas
Liderazgo	Entre 14 y 18 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SOLO campistas que padezcan un trastorno hemorrágico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paquete del programa de liderazgo ✓ Ejemplar de la tarjeta de seguro médico (anverso y reverso) ✓ Vacunas

* Las edades indican cuántos años tiene el campista el primer día de campamento, es decir el 14 de julio de 2013*.

***Importante:** HTC NO cuenta con el carné de vacunas de su hijo. Es responsabilidad del adulto brindar dichos datos en el formulario de información médica o un ejemplar certificado por un médico.

Los formularios deben enviarse a:
Camp

Fax: 888-246-1758, **ATTN: Mile High**

Correo electrónico: sjeffrey@hemophilia.org

Correo postal: NHF Colorado
ATTN: Mile High Camp
1385 S. Colorado Blvd. Suite 610
Denver, CO 80222

CARGOS: se debe efectuar un depósito no reembolsable de \$25.00 por persona a la hora de entregar el o los formularios de inscripción. **Complete todos los formularios para cada integrante de su familia** que asista al campamento y envíe el formulario junto con el depósito a la dirección que figura anteriormente, a más tardar, **el 1 de junio de 2014**. Inscribise cuanto antes ya que las plazas se ocupan rápidamente. *Se pueden solicitar becas.

EXTIENDA LOS CHEQUES A FAVOR DE: NHF Colorado

FECHAS Y HORARIOS DEL CAMPAMENTO:

Fechas: del domingo 15 al viernes 20 de julio de 2018

Fechas del programa de liderazgo: del viernes 13 al viernes 25 de julio de 2018

Entrada: el domingo 15 de julio de 2018 desde la 1:00 a las 3:00 p.m. en Rocky Mountain Village, en Easter Seals

****Los campistas del programa de LIDERAZGO deberán registrarse en HTC el viernes 13 de julio al mediodía.**

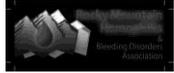
Salida: viernes 25 de julio de 2018

A las 10:30 a.m. se celebrará una ceremonia de premios a la que los padres están invitados a asistir.

La salida está fijada entre las 12:00 y las 2:00 p.m. *Todos los campistas y sus padres deben haber abandonado la propiedad, a más tardar, a las 2 p.m.

TRANSPORTE:

Las familias de Colorado son responsables de llevar a sus hijos al campamento. Los campistas de Montana y Wyoming viajarán con transporte ofrecido por Rocky Mountain Hemophilia & Bleeding Disorder Association. Comuníquese con el director ejecutivo, Brad Benne, para hacer los arreglos de transporte correspondientes al (406) 600-2554 brad@rmhbda.org



Nombre del campista _____

CENTRO DE TRATAMIENTO CONTRA LA HEMOFILIA Y LA TROMBOSIS
PROGRAMA DE LIDERAZGO DEL CAMPAMENTO DE VERANO

(Para los campistas que padezcan un trastorno hemorrágico y que estén ingresando al 9^{no} grado hasta los que se hayan graduado de la preparatoria esta primavera)

INSTRUCCIONES PARA LOS PARTICIPANTES

A continuación figura una lista de materiales necesarios para participar en el programa del campamento de verano. Marque cada artículo que ya haya incluido y envíe este formulario junto con los formularios de inscripción. Los formularios se deben entregar, a más tardar, el **1 de mayo de 2018**.

****NO SE ACEPTARÁN INSCRIPCIONES FUERA DEL PLAZO.**

- Complete el formulario de información médica para padres de las páginas 4 y 5.
- Adjunte un ejemplar de la tarjeta de seguro médico del campista** (anverso y reverso).
- Carné de vacunas**
- Complete y firme el formulario de «Consentimiento de divulgación de información de salud según la ley HIPAA» que figura en la página 6. (No se olvide de firmar en las cuatro líneas.)
- Pídale al médico de cabecera que complete y firme las páginas 7 y 8 de la evaluación médica general. Si se ha fijado un examen médico para después del 1 de junio, o su hijo ha ido a una clínica general dentro de un período anterior a un año antes de que empiece el campamento, incluya una nota dejando constancia de ello. Las consultas a una clínica general sustituyen un examen médico general.
- Complete y firme el formulario de «Exclusión de actividades en el campamento» que figura en la página 9.
- Complete y firme el formulario de «Exención de responsabilidad de la Universidad de Colorado» que figura en la página 10.
- Complete y firme el formulario de exención de Easter Seal Society of Colorado que figura en la página 11.
- Complete y firme el formulario de «Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad de BOEC» que figura en las páginas 12 y 13.
- Complete y firme el formulario de «Solicitud del participante de BOEC» que figura en las páginas 14 y 15.
- Incluir un cheque a favor de NHF Colorado por la cantidad de \$ 25.00 por solicitud
- Tamaño de la camiseta del campista:** S M L XL Niño / Adulto
- Nombre y número de teléfono del adulto o los adultos que vayan a recoger al campista.
- Envíe toda la documentación a una de las siguientes direcciones:
 - Fax: 888-246-1758 **ATTN: Mile High Camp**
 - Correo postal: NHF Colorado
ATTN: Mile High Camp
1385 S. Colorado Blvd. Suite 610

INFORMACIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN QUE DEBERÁN COMPLETAR LOS PADRES

SECCIÓN 1

NOMBRE DEL CAMPISTA:	NOMBRE DEL PADRE:	
DIRECCIÓN:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO: Grado que comienza a cursar en el otoño de 2013:
	PESO:	ALTURA:
NÚMERO(S) DE TELÉFONO:	Alergias:	
	NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	
NÚMERO(S) DE TELÉFONO MÓVIL: El de la madre:	NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL MÉDICO:	
El del padre:		
CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES:	CORREO ELECTRÓNICO DEL CAMPISTA (si corresponde):	

SECCIÓN 2

VACUNAS Y FECHAS DE VACUNACIÓN	
Las leyes del estado de Colorado exigen que haya constancia del carné de vacunas de todos los campistas. <u>Anote las fechas en que se administraron las vacunas.</u> En caso de no saber las fechas, pregúnteselas al médico de cabecera de su hijo. Los menores no pueden asistir al campamento sin dicha información. NO basta con una marca de verificación.	
Vacuna antipoliomielítica	
Vacuna contra el sarampión	
Vacuna antirrubéólica	
Vacuna contra las paperas	
Vacuna de refuerzo antidiftérica y antitetánica	
Vacuna contra la hepatitis B	
Prueba de la tuberculina	

SECCIÓN 3 *Si su hijo no padece un trastorno hemorrágico, pase directamente a la sección 4.*

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO			
HEMOFILIA O TRASTORNO HEMORRÁGICO (MARQUE CON UN CÍRCULO) SÍ NO En caso negativo, pase directamente a la sección 4.			
MARQUE CON UN CÍRCULO: Hemofilia A Hemofilia B Enfermedad de von Willebrand Otra			
NIVEL DE FACTOR %:	INHIBIDOR: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE INHIBIDOR:	VALOR DE BETHESDA:		
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO HEMORRÁGICO			
INFUSIÓN INTRAVENOSA EN DOMICILIO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EL PACIENTE SE ADMINISTRA ÉL MISMO LA INFUSIÓN INTRAVENOSA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
SI NO SE ADMINISTRA ÉL MISMO LA INFUSIÓN INTRAVENOSA, SE LA ADMINISTRA:			
NOMBRE DEL PRODUCTO DE LA INFUSIÓN INTRAVENOSA:			
MÉTODO DE TRATAMIENTO (marque uno)			
<input type="checkbox"/> A SOLICITUD EXPRESA	UNIDADES POR DOSIS:	CANTIDAD APROXIMADA DE INFUSIONES INTRAVENOSAS AL MES:	

<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVENTIVO	UNIDADES POR DOSIS Y FRECUENCIA	CANTIDAD APROXIMADA DE INFUSIONES INTRAVENOSAS AL MES:
---	---------------------------------	--

SECCIÓN 4

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS Y ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS	
INDIQUE LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA Y DE VENTA LIBRE INDIQUE EL NOMBRE, LA DOSIS Y LA FRECUENCIA DEL MEDICAMENTO	ALERGIAS A MEDICAMENTOS O DE OTRO TIPO
	<input type="checkbox"/> NINGUNA
	<input type="checkbox"/> SÍ (INDIQUE A CONTINUACIÓN)
OTROS PROBLEMAS MÉDICOS (en caso de tener alguno, explíquelo detalladamente en la sección "COMENTARIOS")	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Asma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Cardiopatía
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Nefropatía	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Epilepsia (convulsiones)
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Alergias o rinitis alérgica

SECCIÓN 5

OTRO TIPO DE INFORMACIÓN	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Su hijo alguna vez se separó de sus padres o hermanos? En caso afirmativo, ¿tuvo dificultades con la separación? Explique más detalladamente.
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿A su hijo le cuesta conciliar el sueño? ¿Puede dormir en la litera de arriba?
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Su hijo se orina en la cama? En caso afirmativo, ¿cómo maneja la situación en el hogar?
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Su hijo tiene alguna limitación física que le impida participar en las actividades del campamento? En caso afirmativo, explíquela detalladamente.
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Su hijo tiene alguna restricción alimenticia? Por ejemplo, en caso de ser vegetariano. En caso afirmativo, explíquela detalladamente.
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Su hijo tuvo alguna vez un problema psicológico o de comportamiento? ¿Está recibiendo actualmente tratamiento por dicho problema? Si ha respondido afirmativamente a cada pregunta, describa cuáles son las mejores técnicas para hacer frente al problema.
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Su hijo se ha estado internado o se ha sometido a alguna intervención quirúrgica en el último año? En caso afirmativo, explique detalladamente.

SECCIÓN 6

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Si el solicitante tiene seguro médico?	COMPañÍA DE SEGURO MÉDICO:	NÚMERO DE MEDICAID:
	Teléfono:	
	Número de grupo:	Número de suscriptor:

****Adjunte un ejemplar de su tarjeta de seguro (anverso y reverso) junto con este formulario***

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SEGÚN LA LEY HIPPA:

Entiendo y reconozco que:

- El programa Mile High Camp es un programa médico auspiciado por el consejo rector de la Universidad de Colorado, una entidad con personalidad jurídica.
- El campamento está organizado conjuntamente por el personal y los voluntarios de Rocky Mountain Village de Easter Seals de Colorado y UCDHTC.
- Los datos consignados en los formularios de inscripción pueden ser información médica protegida acerca de mi hijo y que dicha información se puede emplear y divulgar a otras organizaciones sanitarias a efectos de tratamiento, operaciones sanitarias y pago de tratamiento médico mientras mi hijo asiste al campamento.
- El personal y los voluntarios del Centro de Tratamiento contra la Hemofilia y Rocky Mountain Village pueden tener acceso a toda la información que figura en la historia clínica o en los formularios de inscripción del campamento a fin de llevar a cabo el programa educativo.

✓

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR UNA INFUSIÓN INTRAVENOSA DE FACTOR DE COAGULACIÓN: Solo para pacientes que tengan hemofilia u otro trastorno hemorrágico.

- Si mi hijo recibe infusiones preventivas de factor de coagulación de forma regular, autorizo al personal de enfermería o a los médicos del Campamento a realizar la infusión mediante venopunción en vez de usar el catéter Port-a-Cath® en el caso de que tenga uno.

✓

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA ENSEÑAR AL PACIENTE A REALIZARSE ÉL MISMO UNA INFUSIÓN INTRAVENOSA: solo para pacientes que tengan hemofilia.

- Autorizo al personal de enfermería o a los médicos a enseñarle a mi hijo a realizarse una venopunción por sí solo si consideran que está capacitado y si su diagnóstico indica que es necesario.

✓

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

A mi leal saber y entender, la información que figura en el presente formulario es correcta y precisa.



Firma del padre, madre o tutor

Fecha

NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ADULTOS QUE VAYAN A RECOGER AL CAMPISTA.

EVALUACIÓN MÉDICA GENERAL

INFORMACIÓN QUE DEBERÁ COMPLETAR EL MÉDICO

*Si el menor padece un trastorno hemorrágico y ha consultado en la **clínica general** del Centro de Tratamiento contra la Hemofilia y la Trombosis de la Universidad de Colorado, Denver entre el **15 de julio de 2017 y el 15 de julio de 2018**, **no** es necesario completar este formulario.*

Nombre del campista _____

Fecha del último examen _____

Alergias _____ **Presión arterial** _____ / _____

Peso _____ **kg** o _____ **lb** **Altura** _____ **cm** o _____ **pulg**

Marque solo una opción:

Trastorno hemorrágico _____ Sin trastorno hemorrágico _____

Tipo de trastorno hemorrágico (si corresponde)

Nivel _____

Estado del inhibidor _____ Nivel _____ Fecha de extracción

Exploración física

GENERAL

NORMAL

ANORMAL

EXPLIQUE LAS ANOMALÍAS

Cabeza y cuello

Ojos y orejas

Nariz y garganta

Pecho

Corazón

Abdomen	_____	_____
Piel	_____	_____
Linfático	_____	_____
Neurológico	_____	_____
Ortopédico	_____	_____
Psicológico	_____	_____

ANTECEDENTES DE MEDICACIÓN:

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Describa si tiene problemas en las articulaciones o en las extremidades (articulaciones afectadas, hinchazón, dolor u otra queja o inquietud que manifieste el paciente):

Indique las restricciones alimenticias:

Evaluación de comportamiento: (Indique cualquier problema de comportamiento o psicológico que sepa que tiene el menor)

Comentarios:

Recomendaciones o exclusiones: (Indique las necesidades especiales o áreas en las que hay que hacer énfasis para el programa del campamento)

Firma del médico

Número de teléfono

Formulario de consentimiento para el programa y actividades

Mi campista no tiene restricciones médicas y puede participar en todas las actividades.

(INICIALES) _____

Si anotó sus iniciales arriba, vaya directamente a la sección al final de la página para firmar y fechar.

O BIEN

Marque las actividades en las que **NO** puede participar el campista por razones **MÉDICAS**.

PESCA

La División de Pesca y Vida Silvestre de Colorado abastece nuestros estanques de pesca. En el estanque superior se puede pescar desde la orilla y cuenta con dos muelles. Se proporciona el equipo.

MONTAR A CABALLO

Los campistas pueden cabalgar de a uno por vez. Una persona guía el caballo y dos personas acompañan caminando (límite de peso: 225 lbs.) De ser necesario, un miembro del personal cabalgará con el campista. Todas las cabalgatas se realizan en nuestro picadero cerrado y completamente accesible.

TIROLESA Y PARED DE ESCALADA

Nuestra tirolesa es completamente accesible para todos los campistas, hasta 250 lbs. Las opciones para llegar a la tirolesa incluyen un sistema de transporte o trepando la pared de escalada, diseñada para ofrecer accesibilidad máxima a personas con discapacidades.

DEPORTES

Los campistas disfrutarán de competencias amigables al aire libre en una variedad de juegos y deportes donde participar es más importante que ganar.

ACAMPAR DENTRO DE LA PROPIEDAD

Los campistas podrán dormir en carpas o tiendas, preparar comidas en cocinas de campaña y disfrutar de una fogata. Estarán bajo la supervisión de los consejeros y permanecerán dentro de la propiedad del campamento.

NATACIÓN

Nuestra piscina al aire libre se mantiene a 88º F, por lo que es muy relajante para nuestros campistas. Se ofrecen actividades recreativas. También contamos con un jacuzzi que se mantiene a 102º F.

EXCURSIONES DURANTE EL DÍA FUERA DE LA PROPIEDAD

Las excursiones incluyen caminatas, pesca, el paseo en ferrocarril Georgetown Loop, visitas a la mina, eventos deportivos y días de campo. Los campistas interesados se inscriben a diario y participan en una lotería para determinar quién irá a las excursiones.

HORTICULTURA

Aprenderán destrezas prácticas para sembrar y cultivar diferentes verduras, flores y plantas. Los campistas también aprenderán sobre plantas y especies autóctonas y exóticas.

Por el presente, reconozco y acepto que el campista mencionado anteriormente participará en actividades de campamento, recreativas y al aire libre durante el programa de campamento de verano en Rocky Mountain Village. **Entiendo que la instrucción y participación se adaptará a las necesidades de aquellos que tengan discapacidades.** También entiendo y acepto que el campista mencionado anteriormente puede participar en todas las actividades enumeradas arriba, a menos que se hayan marcado.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FECHA

Al escribir su nombre en la línea anterior, usted acuerda aceptar los términos del documento que antecede a través de una firma electrónica. Marque la casilla para aceptar.

UNIVERSIDAD DE COLORADO, DENVER
EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA DE DERECHOS

NOMBRE DEL CAMPISTA _____

PROGRAMA: CAMPAMENTO DE HEMOFILIA MILE HIGH DE 2018 (DEL 15 AL 20 DE JULIO DE 2018) EN ROCKY MOUNTAIN VILLAGE

Lea la información que figura a continuación por completo antes de firmar. El objetivo de este documento es eximir al consejo rector de la Universidad de Colorado, una entidad con personalidad jurídica, que actúa mediante el Centro de Tratamiento contra la Hemofilia y la Trombosis (Hemophilia & Thrombosis Center, HTC), de toda responsabilidad que resulte de su participación en las actividades del programa mencionadas anteriormente y mediante el cual quien suscribe renuncia al derecho de reclamar por daños y perjuicios contra dicha persona jurídica. Algunos ejemplos de actividades diarias son: artes y oficios, natación, equitación, deportes y juegos, arquería, campamento en el predio, laboratorio de informática, softball, excursiones a pie, tenis, pesca, etc. Es posible que algunos campistas tengan la oportunidad de dar un paseo por el día, que es una excursión fuera de la propiedad del campamento. Véase el formulario de exclusión de actividad del campamento.

En consideración a los arreglos hechos por HTC a fin de permitirme y ayudarme a participar en las actividades del programa anteriormente mencionadas, declaro que participo voluntariamente (al igual que mi hijo) en las actividades, entiendo y asumo los riesgos asociados y me comprometo a ser responsable al participar en dichas actividades. Por el presente eximo, indemnizo y mantengo indemnes a los administradores de la Universidad de Colorado, una entidad con personalidad jurídica, así como a sus funcionarios, representantes, empleados y demás personas o entidades que actúen en su nombre, así como a los sucesores y cesionarios de todas las personas y entidades anteriormente mencionadas, contra cualquier reclamo, demanda, costos y costas y acciones judiciales, conforme a derecho, según el sistema jurídico que corresponda, que surja de cualquier siniestro, lesión corporal o discapacidad, por motivo de mi participación en el programa anteriormente mencionado.

Entiendo que soy exclusivamente responsable por cualquier costo que surja de lesiones corporales o discapacidades así como daño a la propiedad provocado debido a la participación de mi hijo en actos normales o inusuales relacionados con el programa anteriormente mencionado.

Me consta que mi hijo goza de buena salud y declaro que su participación en las actividades del programa anteriormente mencionado no redundará en un perjuicio para su estado de salud actual. En caso de duda, consultaré a un médico.

El suscrito autoriza a que se realicen fotografías, videos o películas del solicitante durante el campamento, y que dichas fotografías, videos o películas puedan aparecer en periódicos, revistas, la televisión, anuncios publicitarios o demás medios de comunicación, así como en el vestíbulo de la clínica o utilizarse en presentaciones de la clínica, de investigaciones o del programa por parte del personal de HTC.

Asimismo, el suscrito autoriza mediante el presente, en caso de emergencia o de que no se le pueda notificar por teléfono, la realización de tratamientos médicos por parte del personal médico o del hospital seleccionado por el director del campamento o el personal de HTC. Dicha autorización abarca el tratamiento médico que sea necesario o conveniente a criterio exclusivo del personal médico o del hospital. La atención médica puede consistir, entre otros, en exámenes, tratamientos, vacunas, inyecciones, anestesia, intervenciones quirúrgicas y demás procedimientos.

He tenido suficiente tiempo para analizar lo dispuesto en este documento y de asesorarme con respecto a su significado, lo he leído detenidamente y lo entiendo en su totalidad, por lo cual me comprometo a cumplir con las disposiciones del presente. Después de deliberarlo detenidamente, manifiesto mi conformidad con lo dispuesto en este documento de exención de responsabilidad, asunción de riesgo y renuncia de derechos. Si el participante es menor de 18 años, el padre, madre o tutor debe aceptar los términos y condiciones del presente documento y brindar la autorización para que el menor participe en el programa.

FIRMA: Padre, madre o tutor

Fecha

**FORMULARIO DE ACUERDO, CONSENTIMIENTO, RENUNCIA DE DERECHOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD
EASTER SEAL SOCIETY OF COLORADO**

NOMBRE DEL CAMPISTA _____

PROGRAMA: CAMPAMENTO DE HEMOFILIA DE MILE HIGH DE 2018 (DEL 15 AL 20 DE JULIO DE 2018) EN ROCKY MOUNTAIN VILLAGE

En el entendido de que Easter Seal Society of Colorado hará todo lo que esté a su alcance para prevenir accidentes, lesiones y demás incidentes, declaro lo siguiente:

El suscrito acepta indemnizar y mantener indemne a Easter Seals Colorado-Rocky Mountain Village por cualquier reclamo, demanda, costos y costas a los que Easter Seals Colorado pueda enfrentarse como resultado de cualquier reclamo, acción legal, demanda o sentencia en su contra que resulte de la asistencia del solicitante al campamento. Téngase en cuenta que de lo anterior no se desprende que deba indemnizarse a Easter Seals Colorado de cualquier acto de negligencia o culposo de su parte, sus funcionarios, representantes o empleados.

El suscrito autoriza a que se realicen fotografías, videos o películas del solicitante durante el campamento, y que dichas fotografías, videos o películas puedan aparecer en periódicos, revistas, la televisión, anuncios publicitarios o demás medios de comunicación.

Asimismo, el suscrito autoriza mediante el presente, en caso de emergencia o de que no se le pueda notificar por teléfono, la realización de tratamientos médicos por parte del personal médico o del hospital seleccionado por el director del campamento. Dicha autorización abarca el tratamiento médico que sea necesario o conveniente a criterio exclusivo del personal médico o del hospital. La atención médica puede consistir, entre otros, en exámenes, tratamientos, vacunas, inyecciones, anestesia, intervenciones quirúrgicas y demás procedimientos.

El suscrito consiente por el presente que el solicitante participe en las actividades del campamento (salvo las que estén restringidas).

Asimismo, autoriza a que el solicitante se suba a vehículos conducidos o alquilados por Easter Seals Colorado-Rocky Mountain Village.

El suscrito reconoce que el director del campamento tiene el derecho y discrecionalidad absoluta de interrumpir la estancia de un campista en cualquier momento debido a medidas disciplinarias o médicas que pudieran poner en peligro a los demás campistas o la salud y seguridad de terceros en el campamento y su propiedad. Asimismo, se compromete a recoger al campista inmediatamente después de que se le notifique de dicha interrupción. **(Los padres deben hablar de las expectativas de comportamiento de acuerdo con lo dispuesto en este documento con el menor.)**

El suscrito entiende que no se le permite llevar al solicitante a Rocky Mountain Village en caso de haber sido expuesto a una enfermedad contagiosa tres (3) semanas antes de la fecha de inicio del campamento y que deberá notificar a Rocky Mountain Village si ocurre dicha situación.

Si otra persona que no sea el suscrito recoge al menor al terminar el campamento, dicho tercero debe presentar una autorización **por escrito** firmada por el suscrito. Por el presente autorizo a (nombre, dirección y teléfono)

_____ a recoger al campista.

Indique el nombre de alguna persona en particular que **NO** quiera que recoja a su hijo.

En fe de lo cual, firmo el presente **acuerdo, consentimiento y exención de responsabilidad** el día:

FIRMA: Padre, madre o tutor

Fecha

**Formulario de reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad de
Breckenridge Outdoor Education Center
(Se requiere la firma en anverso y reverso)**

El personal de Breckenridge Outdoor Education Center (BOEC) tiene el beneplácito de invitarles a usted, su hijo y sus familiares a un programa de esquí, en el campus de Breckenridge o en uno de nuestros sitios naturales. En estas dos páginas, encontrará información sobre BOEC, nuestras actividades y los posibles riesgos implicados en la participación del programa. Lea esta información detenidamente, háganos cualquier pregunta que le surja y no firme este acuerdo si no desea estar expuesto a las actividades mencionadas en el presente y a los posibles riesgos.

BOEC es una organización sin fines de lucro en actividad desde 1976 y brinda programas de actividades de aventura al aire libre para personas de todas las edades y aptitudes.** Ofrecemos actividades y programas grupales e individuales durante todo el año. BOEC se empeña en estructurar las actividades que estén a la altura de las metas y aptitudes de los estudiantes.

Todas las actividades organizadas por BOEC están en armonía con los criterios estipulados por la Asociación de Educación Experimental (AEE) y la Asociación de Instructores Profesionales de Esquí (PSIA). Puede tener la seguridad de que BOEC está acreditado por AEE, una organización independiente que ha revisado y aprobado las normativas, prácticas y componentes educativos de BOEC. AEE solo acredita los programas que cumplen con sus criterios.

No obstante, debe tener en cuenta que participar en las actividades que ofrece BOEC implica ciertos riesgos mayores a los que nos enfrentamos cotidianamente, ya que esa es la finalidad de las actividades de BOEC. Brindar programas de alta calidad en un entorno de riesgo controlado es una prioridad para BOEC; sin embargo, no se pueden eliminar todos los riesgos inherentes a las actividades de aventura como esquiar en la nieve, boarding, canotaje, escalada en roca o la mayoría de las actividades que ofrecemos, en las cuales los participantes pueden lesionarse e incluso sufrir lesiones graves. Al igual que sucede con cualquier actividad al aire libre, en circunstancias infrecuentes, la actividad puede resultar en la muerte del participante.

Es de suma importancia para nosotros que se abstenga de realizar actividades que no cuenten con la aprobación de usted, su familia o su médico debido a una dolencia, una enfermedad física o mental o cualquier otro problema médico o de salud que pueda tener, sea que haya sido diagnosticado o no.

A fin de facilitarnos la tarea de controlar estos riesgos, es muy importante que todos los participantes del programa sigan las instrucciones que brinde el personal de BOEC. Haga preguntas cuando no entienda un procedimiento o actividad. Si un participante del programa actualmente toma medicamentos de venta con receta, incluso marihuana con fines medicinales u otros tratamientos alternativos, es imprescindible que se deje constancia de dichos medicamentos en un formulario médico confidencial. El uso o estar bajo los efectos del alcohol o de drogas que afecten las facultades mentales durante la participación en las actividades de aventura no es seguro y está terminantemente prohibido.

Creemos que es mejor para todos si los riesgos se divulgan, entienden y aceptan antes de participar en las actividades de BOEC. Después de haber leído las dos páginas del presente formulario de reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad y si entiende y acepta lo expresado en el documento, firme y ponga sus iniciales en los lugares correspondientes en ambas páginas. Si es el padre, madre o tutor de un estudiante, lea las dos páginas del formulario y si ambos están de acuerdo y entienden lo expresado en el documento, firme y ponga sus iniciales en los lugares correspondientes en ambas páginas.

Si tiene preguntas o comentarios acerca del presente formulario o acerca del nivel de riesgo de las actividades de BOEC, no dude en ponerse en contacto con nosotros. Le invitamos a hacernos cualquier pregunta, sugerencia o comentario.

Atentamente,

El personal de BOEC **He leído la información que antecede**
Participante o padre, madre o tutor _____ **(iniciales)**

** BOEC no es propiedad ni está bajo el control de Breckenridge Ski Resort, Keystone Ski Resort ni de la ciudad de Breckenridge.

Tratamiento médico de emergencia y exención de responsabilidad por publicación de fotos

I. Autorización para obtener tratamiento médico en mi nombre _____ **Acepto (iniciales)**

El suscrito, o la persona de la cual quien suscribe es responsable como tutor, autoriza por el presente al personal del programa de BOEC a prestar primeros auxilios y a buscar servicios médicos de emergencia o de rescate, si corresponde, y a cuenta del suscrito. (Importante: recomendamos a todos los participantes de BOEC que tengan cobertura de seguro médico personal. Si es necesario prestar atención médica para tratar una lesión, una enfermedad pre-existente, etc. durante el curso de BOEC, el seguro médico personal del participante será el principal proveedor de atención médica.)

II. Autorización para tomar y publicar imágenes _____ **Acepto (iniciales)**

El suscrito, o la persona de la cual quien suscribe es responsable como tutor, autoriza por el presente a BOEC y cualquier persona designada por BOEC a fotografiar o grabar al suscrito, quien consiente la publicación de dicho material según BOEC lo estime conveniente únicamente a los efectos de promocionar las actividades de BOEC.

**Formulario de reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad de
Breckenridge Outdoor Education Center
(Se requiere la firma en anverso y reverso.)**

El suscrito declara que, en calidad de participante o de padre, madre o tutor de un menor participante (en lo sucesivo denominado «el suscrito»), ha leído y entendido lo dispuesto en el presente. Por el hecho de permitírsele participar en programas, eventos relacionados y actividades de Breckenridge Outdoor Education Center (BOEC), o de desempeñarse como integrante del personal o voluntario para dicha entidad, el suscrito entiende y acepta que:

1. Si bien BOEC ha procurado organizar y supervisar adecuadamente cada actividad así como brindar la instrucción y equipo correspondientes, es imposible garantizar la seguridad absoluta de los participantes.
2. Es conjuntamente responsable por la seguridad durante todas las actividades y asume dicha responsabilidad. Les comunicará a los instructores cualquier pregunta o inquietud que tenga con respecto a las normas de seguridad, directrices, procedimientos y su aptitud para participar en una actividad.
3. La participación en los programas al aire libre implica un riesgo. A continuación figura una lista de posibles riesgos asociados con las actividades que organiza BOEC. La lista no incluye todos los riesgos inherentes, pero sirve a modo de ejemplo y como ilustración de los riesgos, cualquiera de los cuales podría provocar lesiones, angustia mental, discapacidad permanente o incluso la muerte.
 - Las complicaciones relacionadas con la exposición a las condiciones meteorológicas (frío extremo, humedad, hielo, calor, luz solar, relámpagos, etc.), la altitud y agotamiento físico.
 - Los peligros que deriven del contacto involuntario con terceros, entre otros, los participantes u otras personas ajenas al programa.
 - Los peligros que deriven del contacto involuntario con la naturaleza, por ejemplo, las rocas, los árboles, las plantas y los animales, así como con objetos fabricados por el hombre, como postes y equipos.
 - Los peligros que deriven de los fallos o desperfectos del equipo.
 - Un mayor riesgo de sufrir daño debido a demoras en la prestación de servicios médico de emergencia en lugares remotos o debido a motivos ajenos al control del BOEC.
4. Entiendo que, además de los riesgos inherentes a todas las actividades organizadas por BOEC, hay otros riesgos específicos que acompañan a cada tipo de actividad. Por ejemplo, hacer esquí, snowboard u otras actividades en la nieve expone a los participantes a resbalones, caídas y colisiones con árboles, obstáculos y otras personas. Andar en balsa, canoa, kayak o realizar otros deportes acuáticos expone a los participantes al peligro de ahogarse o a otras complicaciones vinculadas con sumergirse en el agua y sufrir el frío del agua, caerse o nadar en aguas turbulentas, quedar sujeto o atrapado por objetos u obstáculos presentes en el agua, golpearse con rocas, botes y demás objetos y caerse mientras se entra o se sale de los barcos. Andar en bicicleta, escalar, recorrer los circuitos de cuerdas y realizar demás actividades terrestres expone a los participantes a caídas, alturas y obstáculos, altas velocidades y caídas repentinas, traumatismos por usar arneses durante un período prolongado, colisiones y la posibilidad de perderse.
5. El suscrito entiende que tiene derecho de inspeccionar las instalaciones y equipamiento que se emplearán y de observar una lección o programa, y si considera que las condiciones son inseguras, es su responsabilidad notificar de inmediato al personal de BOEC de dicha situación y negarse a participar.
6. Asimismo, asume todos los riesgos anteriormente mencionados, así como los riesgos imprevistos, y asume la responsabilidad personal por los daños y perjuicios provocados por dicha lesión, discapacidad permanente o fallecimiento que sea el resultado de participar en una actividad de BOEC.
7. En caso de tener un desacuerdo o disputa con BOEC en lo que respecta a este documento, los cargos, actividades y lesiones que pueda sufrir, o cualquier otro aspecto de BOEC, el suscrito acepta que cualquier acción judicial iniciada para resolver o rectificar dicho desacuerdo o disputa se presentará en Summit County, Colorado, y se regirá por las leyes de dicho estado.

Por el presente, el suscrito exime a BOEC, sus sucesores, representantes, cesionarios y demás participantes, de cualquier reclamo, demanda, acciones judiciales, independientemente de que resulten de un acto negligente, de cualquier índole y en relación con una actividad organizada por BOEC.

El suscrito declara que ha leído este contrato, entiende lo dispuesto en él y es consciente de que tiene consecuencias jurídicas y lo firma voluntariamente.

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PARTICIPANTE

FIRMA

FECHA

Padre, madre o tutor (si el participante es menor de 18 años o depende legalmente de otra persona por otros motivos):

Por la presente el suscrito declara que tiene la potestad legal para actuar en representación de su hijo o pupilo. Acepta los términos y condiciones que anteceden para sí mismo así como para su hijo o pupilo. Asimismo, acepta indemnizar a BOEC por cualquier reclamo presentado por el hijo o pupilo, o en su representación, por cualquier reclamación de un tercero en relación con dicho hijo o pupilo contra BOEC.

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

FIRMA

FECHA

**SOLICITUD DEL PARTICIPANTE
BRECKENRIDGE OUTDOOR EDUCATION CENTER
PARA TODOS LOS PARTICIPANTES EN LOS PROGRAMAS DE BOEC**

La información que figura a continuación asiste a BOEC en el mantenimiento de un entorno de riesgo controlado. Sírvase completar este formulario de la forma más veraz y precisa posible. La información provista será confidencial.

Nombre del curso o grupo _____ **Hemofilia** _____
Fechas de los cursos 17 y 18 de julio de 2018

INFORMACIÓN PERSONAL - Participante (Escriba con letra imprenta legible)

Nombre _____

Dirección de correo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (residencial) _____ Teléfono (trabajo) _____

Teléfono (móvil) _____

Dirección de correo electrónico _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Restricciones alimenticias: _____

Origen étnico: (Esta sección es opcional. Recopilamos esta información para medir la eficacia de nuestros esfuerzos por captar una clientela diversa. Marque la casilla que corresponda.)

Afroamericano	<input type="checkbox"/>	Hispano	<input type="checkbox"/>
Asiático-americano	<input type="checkbox"/>	Americano nativo	<input type="checkbox"/>
Caucásico	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (residencial) _____ (trabajo) _____ (móvil) _____

Nombre y número de teléfono del adulto o los adultos que vayan a recoger a los participantes.

*****Importante:** la línea anterior aplica a los participantes a los que se recoja directamente en BOEC y no a los campistas que viajen con una agencia colaboradora.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿El solicitante está cubierto por una póliza de seguro médico? (Marque la respuesta) SÍ NO

Póliza de seguro médico (aseguradora y tipo de seguro) _____

Número de póliza _____

(Importante: recomendamos a todos los estudiantes de BOEC que tengan cobertura de seguro médico personal. Si es necesario prestar atención médica para tratar una lesión, una enfermedad pre-existente, etc. durante el curso de BOEC, el seguro médico personal del estudiante será el principal proveedor de atención médica.)

INFORMACIÓN MÉDICA

No es requisito contar con la aprobación de un médico para participar en un programa de BOEC. Sin embargo, le exhortamos a consultar un médico si tiene preguntas o inquietudes con respecto a si está en condiciones de participar en un programa experimental al aire libre. Contestaremos con gusto cualquier pregunta que usted o su médico tenga con respecto a las actividades de BOEC y las adaptaciones que frecuentemente forman parte de nuestros programas.

RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: (Complete los espacios en blanco o marque con un círculo la opción correspondiente.)

Altura: _____ Peso: _____ Dificultad o diagnóstico

¿Tiene alguna limitación que crea que vaya a afectar su capacidad para participar en un programa de BOEC?

SÍ NO

Indíquelo:

¿Está en tratamiento por alguna una enfermedad? _____ En caso afirmativo, indique el nombre de la enfermedad y escriba una descripción:

¿Actualmente está tomando algún tipo de medicamento? _____ En caso afirmativo, indique el nombre, dosis y frecuencia:

¿Tiene alguna alergia? _____ En caso afirmativo, indíquelas e incluya la reacción alérgica a los medicamentos:

¿Se ha sometido últimamente a alguna intervención quirúrgica o ha padecido alguna enfermedad grave? _____ En caso afirmativo, describa el procedimiento o enfermedad:

¿Es fumador? SÍ NO En caso afirmativo: ¿Cuánto fuma?

¿Hace ejercicio con regularidad? SÍ NO Describa su rutina de ejercicios.

Marque cualquiera de las enfermedades que figura a continuación que tenga o haya tenido en el pasado y mencione el año de aparición:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dislocación | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Esguince |
| <input type="checkbox"/> Dolor torácico | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |

¿Hay alguna otra enfermedad o problema de salud que no figure en la lista? Menciónelo:

¿Alguna vez asistió a un programa de BOEC?

SÍ NO

LISTA DE MATERIALES PARA EL CAMPAMENTO DE 2018

ARTÍCULOS PERSONALES OBLIGATORIOS

- Empaque sus pertenencias en un maletín o un bolso.
- Cepillo y pasta de dientes
- Jabón
- Champú
- Desodorante
- Loción
- Peine o cepillo
- Humectante labial o manteca de cacao (con factor de protección solar 15)
- Botella de agua
- Pijamas u otro tipo de vestimenta para dormir
- 2 o 3 pares de pantaloncillos
- 2 o 3 pares de pantalones largos o pantalones para hacer ejercicio
- Cinturones, de ser necesarios
- 3 o 4 camisetas
- 2 camisas de manga larga (se aceptan las camisetas de cuello alto)
- Suéter
- Chaqueta abrigada
- Sombrero y guantes abrigados (las tardes pueden refrescar, especialmente si llueve)
- IMPERMEABLES O PONCHOS. ESTE ARTÍCULO ES OBLIGATORIO.**
- Filtro solar (con un factor de protección solar mínimo de 15)
- Lentes de sol
- Sombrero o gorra para protegerse del sol
- Traje de baño
- Gafas para nadar, tapones para los oídos, de ser necesarios
- Toalla de playa grande (para la piscina)
- 2 toallas de baño y de mano (para las duchas)
- 7 u 8 prendas de ropa interior
- 7 u 8 pares de calcetines
- Sandalias
- 2 pares de zapatillas (de suela dura, idóneas para andar a caballo)
- 1 par de botas de montaña (si ya tiene)
- Linterna con baterías nuevas

- Mochila o cangurera (riñonera) para guardar las pertenencias mientras se traslada por el campamento durante la semana
- Saco de dormir
- Colchoneta (campistas de BOEC y del programa de liderazgo)
- Almohada y funda para la almohada
- Sábanas de dos plazas (ajustables)

IMPORTANTE: el campamento no proporciona ropa de cama ni almohadas.

ARTÍCULOS PERSONALES OPCIONALES

- Caña y equipamiento de pescar
- Cámara desechable, con el nombre del menor escrito en la cámara
- Libros, para leer durante el tiempo libre o de noche
- Guantes de baseball, si tiene
- Raqueta de tenis, si tiene
- Naipes o fichas de dominó, si lo desea

MATERIAL MÉDICO

CONCENTRADOS DE FACTOR

- Si tiene como rutina administrarse infusiones intravenosas, traiga las dosis correspondientes para la semana además de una dosis adicional.
- Traiga una dosis de emergencia si no tiene como rutina administrarse infusiones intravenosas.
- **NO TRAIGA LOS MATERIALES MÉDICOS PARA REALIZAR LAS INFUSIONES INTRAVENOSAS**, a menos que sean especiales. El personal de enfermería de HTC dispondrá de los materiales necesarios en el Health Lodge.
- ATOMIZADOR NASAL STIMATE® E INYECCIÓN DE DDAVP** (1-deamino-8-D-arginina-Vasopresina) , si necesita estos medicamentos para tratar los episodios hemorrágicos
- EL RESTO DE LOS MEDICAMENTOS** que tome, entre otros, vitaminas, antialérgicos, etc.

RECORDATORIOS

PONGA UNA ETIQUETA CON EL NOMBRE DEL CAMPISTA EN TODAS LAS PRENDAS DE VESTIR Y LOS ARTÍCULOS PERSONALES. De este modo, para el personal y los consejeros será más fácil encontrar los artículos extraviados. **Colorado Easter Seal Society y HTC no se hacen responsables por los artículos perdidos o robados. Tenga esto en cuenta cuando prepare el bolso con los artículos**

personales. LOS EQUIPOS ELECTRÓNICOS (teléfonos móviles, iPods, iPads, gameboys, DS, etc.) NO ESTÁN PERMITIDOS EN EL CAMPAMENTO. Se quitarán todos los dispositivos de las cabañas y se guardarán en el Health Lodge hasta el final de la semana. No envíe a su hijo con estos productos.

LISTA DE ROPA Y EQUIPOS

BOEC y programa de liderazgo

VERANO

Las temperaturas durante el día oscilan entre los 40 y 85 °F. Durante la noche, las temperaturas pueden descender a 20 °F. Lleve todos los artículos que figuran en la lista para estar preparado para cualquier tipo de clima.

Identifique claramente todos los artículos. () Cantidad sugerida para un programa de 4 días.

Debido a la gran variedad de temperaturas que puede haber, es mejor traer varias capas de ropa que se puedan poner o quitar según el estado del tiempo y los distintos tipos de actividad. **La ropa de algodón de cualquier tipo no es tan buena para aislar el calor como la tela o el polipropileno.** Estas telas "respiran" y conservan el calor incluso cuando se mojan. Las siguientes prendas de vestir se recomiendan para todos los programas.

- | | |
|---|---|
| **Chaqueta abrigada (1) | **Bolso de dormir con funda para la noche (1) |
| (1) Suéter de tela sintética o camisa de tela polar | **Colchoneta para dormir para la noche (1) |
| | **Botella de agua con tapa sellable (1) |
| Pantalones largos (2) | Medicación recetada |
| Pantaloncillos (1) | Humectante labial o manteca de cacao |
| Camiseta de algodón de manga largo o de cuello de tortuga (1) | Filtro solar (con un factor de protección solar mínimo de 15) |
| Camiseta (3) | Repelente de insectos |
| Botas de montaña (1) | Cámara y película (opcional) |
| Zapatillas (1) | Bandana (1) |
| Medias de lana sintética (3) | <u>Equipo para el río (solo para los días en los que se vaya al río)</u> |
| Ropa interior (3) | Zapatillas viejas o sandalias que se puedan mojar (una de dos) NO SE ADMITEN CHANCLETAS O CHANCLAS) |
| **Ropa interior larga (solo telas sintéticas y superior e inferior) (1) | Traje de baño (opcional) (1) |
| Guantes y mitones | Pantaloncillos que sequen rápido (1) |
| **Ropa para la lluvia (superior e inferior) (1) | Pantalones y camisa para el sol (es opcional, pero es útil si es sensible al sol, un material liviano para bloquear el sol) (1) |
| Sombrero con visera (1) | |
| **Sombrero de lana abrigado (1) | |
| Lentes de sol con correa (1) | |
| Linterna pequeña con pilas (1) | |
| Mochila pequeña (1) | |

Tenga en cuenta que en el caso de los programas de un solo día, no es necesario llevar varios artículos. Se exigen varios artículos cuando se pasan varias noches.

****BOEC puede proporcionar dichos artículos, si están disponibles. Hable directamente con el director del curso o un contacto de la agencia.**

**No se permiten teléfonos móviles o equipos de entretenimiento personal.
BOEC no se hace responsable por las pertenencias personales.
Se cobrará un costo por reemplazo por cualquier equipo perdido o dañado de BOEC**