

# INSTITUTO MARITIMO de la ISLA CATALINA en FOX LANDING

Catalina Island Marine Institute

Aplicación Estudiante – Forma Medical

Escuela \_\_\_\_\_

## Informacion de Estudiante – Completa en Todo

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/> hombre</td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><input type="checkbox"/> mujer</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Apellido del Estudiante</td> <td style="font-size: small;">Nombre Primero</td> <td style="font-size: small;">Inicial del Segundo Nombre</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-bottom: 1px solid black;">Domicilio</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Ciudad</td> <td style="font-size: small;">Estado</td> <td style="font-size: small;">Código Postal</td> <td colspan="2" style="font-size: small;">Teléfono Domiciliario</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de los Padre(s) o Guardián</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-bottom: 1px solid black;">Domicilio (si es diferente de la del Estudiante)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Ciudad</td> <td style="font-size: small;">Estado</td> <td style="font-size: small;">Código Postal</td> <td colspan="2" style="font-size: small;">Teléfono Domiciliario</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Número de Teléfono Celular</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Dirección de Correo Electrónico</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre de Contacto Emergencia Distintos de los Padre(s) o Guardián</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-bottom: 1px solid black;">Domicilio</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Ciudad</td> <td style="font-size: small;">Estado</td> <td colspan="3" style="font-size: small;">Código Postal</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Teléfono Domiciliario</td> <td style="font-size: small;">Teléfono de Oficina o Celular</td> <td colspan="3" style="font-size: small;">Relación</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-bottom: 1px solid black;">Compañía Seguro</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Numero de Poliza</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Direccion de la Compañía Seguro</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Teléfono de oficina</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre del Médico</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Teléfono de oficina</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: small;">Estatura</td> <td colspan="3" style="font-size: small;">Peso</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> hombre	<input type="checkbox"/> mujer	Apellido del Estudiante	Nombre Primero	Inicial del Segundo Nombre			Domicilio										Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Domiciliario		Nombre de los Padre(s) o Guardián					Domicilio (si es diferente de la del Estudiante)										Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Domiciliario		Número de Teléfono Celular			Dirección de Correo Electrónico		Nombre de Contacto Emergencia Distintos de los Padre(s) o Guardián					Domicilio										Ciudad	Estado	Código Postal								Teléfono Domiciliario	Teléfono de Oficina o Celular	Relación			Compañía Seguro								Numero de Poliza		Direccion de la Compañía Seguro			Teléfono de oficina		Nombre del Médico			Teléfono de oficina		Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año)										Estatura		Peso			<p>Confirme todas las condiciones del estudiante y explica abajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alergias (general)</li> <li><input type="checkbox"/> Alergia al picadura de abeja</li> <li><input type="checkbox"/> Asma</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor de espalda</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas con la vejiga o el intestino</li> <li><input type="checkbox"/> Mareado / Mareo</li> <li><input type="checkbox"/> Epilepsia or enfermedad convulsivo</li> <li><input type="checkbox"/> Fiebre de heno</li> <li><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas or emferedades de la corazón</li> <li><input type="checkbox"/> El roble venenoso</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas or enfermedades de la sistema respiratorio</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas or enfermedades de seno</li> <li><input type="checkbox"/> Somnambulismo</li> <li><input type="checkbox"/> Vómitos</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes / Abuso de azúcar</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul> <p>Explicación:</p>  <p>Es el estudiante competente participar en actividades vigoroso? Sí ____ No ____ Explicación:</p>  <p>Hay algunas otras necesariamentes medicales?</p>  <p>Hay algunas alergias al comidas? Sí ____ No ____ Explicación:</p>  <p>Fecha de la última vacunación contra el tétano: _____</p>
			<input type="checkbox"/> hombre	<input type="checkbox"/> mujer																																																																																																																
Apellido del Estudiante	Nombre Primero	Inicial del Segundo Nombre																																																																																																																		
Domicilio																																																																																																																				
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Domiciliario																																																																																																																	
Nombre de los Padre(s) o Guardián																																																																																																																				
Domicilio (si es diferente de la del Estudiante)																																																																																																																				
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Domiciliario																																																																																																																	
Número de Teléfono Celular			Dirección de Correo Electrónico																																																																																																																	
Nombre de Contacto Emergencia Distintos de los Padre(s) o Guardián																																																																																																																				
Domicilio																																																																																																																				
Ciudad	Estado	Código Postal																																																																																																																		
Teléfono Domiciliario	Teléfono de Oficina o Celular	Relación																																																																																																																		
Compañía Seguro																																																																																																																				
			Numero de Poliza																																																																																																																	
Direccion de la Compañía Seguro			Teléfono de oficina																																																																																																																	
Nombre del Médico			Teléfono de oficina																																																																																																																	
Fecha de Nacimiento (Mes /Día /Año)																																																																																																																				
Estatura		Peso																																																																																																																		

**INFORMACIÓN ADICIONAL Y SE REQUIERE LA FIRMA EN EL REVERSO**

## APLICACIÓN ESTUDIANTE – FORMA MEDICAL – Continuada

Es el estudiante requiere tomar medicación regularmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (todas las medicaciones seran administradas por los profesores o de los chaperones de la escuela del estudiante).

Favor de proporcionar instrucciones y dosis para la administración de medicaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Confirme estas medicaciones noprescritas que podemos tener permiso de dar a su niño/nina bajo supervision del professor o del chaperon de su niño/nina.

Sí _____ No _____	Kaopectate (para diarrea)	Sí _____ No _____	Acetaminofen (generico de Tylenol para dolores de
Sí _____ No _____	Pepto Bismol (para malestar estomacal)		cabeza o fiebres)
Sí _____ No _____	Leche de magnesia (para estrenimiento)	Sí _____ No _____	Sudafed (pseudonal)
Sí _____ No _____	Losanjes libre de azucar para dolor de garganta	Sí _____ No _____	Benadril (para alergias)
Sí _____ No _____	Caladryl (para las erupciones de piel)	Sí _____ No _____	Dramamine (para mareado o mareo)
Sí _____ No _____	Ibuprofin		

**Consentimiento Medico** Las condiciones medicas del estudiante indicadas en esa aplicacion estan completas y correctas. Doy por este medio el permiso al personal de Catalina Island Marine Institute (“CIMI”) de administrar los primeros auxilios y de arreglar para la asistencia medica y el tratamiento en caso de una emergencia medica. Tambien doy permiso al medico seleccionado por personal de CIMI para examinar, diagnosticar, y dar tratamiento bajo la circunstancia que el medico determine es apropiado y necesario. Una fotocopia de esta autorizacion sera tan valida y se puede aceptar como la original.

**Autorizacion Paternal** Me han informado la naturaleza del programa CIMI en el cual alistan al estudiante. Entiendo que hay riesgos asociados a la participación del estudiante en las actividades y transporte del programa decritas en este folleto desde, y al campo, que plantean una amenaza de lesión, de la enfermedad o de la muerte. El infraescrito esta familiarizado con deportes al aire libre y las actividades según las capacidades del estudiante, y no estoy enterado de ningun problema o limitación fisica, emocional o mental que prevendrian, deteriorian o aumentarian los riesgos implicados en la participación del estudieante en actividades del CIMI.

Con este conocimiento, concedo el permiso para que el estudiante participe en todas las actividades del campo y a nombre del infraescrito y el estudiante acepto y asumo el riesgo y la responsabilidad completa de lesión, enfermedad y muerte o perdida de propiedad personal o de otros costos de danos y medicos u otro resultando de la presencia del estudiante en CIMI.

Acepto y descargo por este medio a Guided Discoveries, Inc., CIMI, y sus agentes y empleados de responsabilidad a nosotros y al estudiante para cualesquiera y todas las perdidas, danos, y los costos y cualquier lesion a la persona o propiedad, incluyendo muerte resultando del recorrido del estudiante a/o desde CIMI y de la participación en el programa. Estoy de acuerdo ordenar al estudiante cumplir con todas las reglas y las politicas de CIMI y cooperar con personal de CIMI. Entiendo y convego que si el estudiante no puede cumplir con las reglas y las politicas, el o ella puede ser expulsado de CIMI y regresado a su hogar al costo de mi, el padre o guardian legal. Tambien autorizo el uso de las fotos tomadas de mi niño para el uso en su literatura promocional de Guided Discoveries.

**Firma** \_\_\_\_\_

Padre o Guardian Legal

**Fecha** \_\_\_\_\_

*Las reglas para la aceptacion y la participacion en programa dirigido de los descubrimientos son guales para cada uno sin concideracion alguna hacia la raza, el color, el origen nacional, el sexo o la desventaja.*