



## 2010 FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (si aplicable): \_\_\_\_\_

Agencia/Escuela (si aplicable): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: casa: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir más información acerca de los programas de Splore.

### Marque la única caja que mejor describa su función principal en este programa:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Participante con una discapacidad                              | <input type="checkbox"/> Personal de una agencia               |
| <input type="checkbox"/> Joven en tratamiento   | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado personal         |
| <input type="checkbox"/> Estudiante sin ninguna discapacidad                            | <input type="checkbox"/> Familiar o amigo(a)                   |
| <input type="checkbox"/> Otro participante sin ninguna discapacidad;<br>describa: _____ | <input type="checkbox"/> Voluntario(a) de Splore               |
|   | <input type="checkbox"/> Personal de Splore/AmeriCorps/Interno |

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Estatura aproximada: \_\_\_\_\_

Peso aproximado: \_\_\_\_\_

#### Raza / Etnia:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico/blanco        | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/<br>Alasquense |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro     | <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico              |
| <input type="checkbox"/> Hispano                 | <input type="checkbox"/> Bi/Multi-racial                 |
| <input type="checkbox"/> Asiático/Asiático-Amer. | <input type="checkbox"/> Otro                            |

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencia contactar a: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto: casa: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Clientes de DSPD

Coordinador(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Número de identificación de DSPD: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD**  
Incluya una página adicional si es necesario

¿Cual es su diagnóstico principal (si aplicable)? \_\_\_\_\_

Por favor marque la(s) caja(s) que describa(n) su discapacidad, condición médica o necesidades especiales:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD  | <input type="checkbox"/> Disreflexia                      |
| <input type="checkbox"/> Alergia a piquetes de abeja                     | <input type="checkbox"/> Problemas de oído / sordo        |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad o defecto del corazón |
| <input type="checkbox"/> Amputación: lugar afectado: _____               | <input type="checkbox"/> Hemiplejia: lado afectado _____  |
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                         |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Deterioro de visión / Ciego      |
| <input type="checkbox"/> Autismo   | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar              |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental                |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de equilibrio                      | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple              |
| <input type="checkbox"/> Desorden (trastorno) de conducta/comportamiento | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular               |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar                               | <input type="checkbox"/> Paraplejía                       |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios e intestinales              | <input type="checkbox"/> Cirugía reciente                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Cuadriplejía                     |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral                              | <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia           |
| <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal (grado): _____      | <input type="checkbox"/> Avería cutánea/ úlceras          |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química                             | <input type="checkbox"/> Condición médica especial        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas                        | <input type="checkbox"/> Spina bífida                     |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                       | <input type="checkbox"/> Embolia/derrame cerebral         |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad mental                             | <input type="checkbox"/> TBI/lesión cerebral              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Joven en tratamiento             |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                                | <input type="checkbox"/> Otro _____                       |

Por favor incluya cualquier otra información importante:

---

**MOBILIDAD**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uso silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Es difícil mantener el equilibrio                      | <input type="checkbox"/> Uso silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Tengo una prótesis         | <input type="checkbox"/> Necesito soporte en la espalda para sentarme erguido/a | <input type="checkbox"/> Puedo caminar con ayuda       |

Por favor incluya cualquier otra información importante:

**MEDICAMENTOS**

Incluya una página adicional si es necesario

| Nombre del medicamento | Dosis | Razón para tomarlo | Efectos secundarios |
|------------------------|-------|--------------------|---------------------|
|                        |       |                    |                     |
|                        |       |                    |                     |
|                        |       |                    |                     |

**INFORMACIÓN ALIMENTICIA**

Incluya una página adicional si es necesario

- Sigo una dieta especial (explique): \_\_\_\_\_
- Soy alérgico a los siguientes alimentos: \_\_\_\_\_

## ESTILO DE VIDA

¿En general, cuántos días por semana hace ejercicio? :   **0-1**            **2-4**            **5+**

¿Qué tipo de actividades incluye?: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL DE SEGURIDAD

Las siguientes preguntas sirven para recopilar información importante para su seguridad durante los programas de Splore. Por favor conteste todas aunque haya unas que no se apliquen a su programa.

| <b>Por favor conteste las siguientes preguntas :</b>                          | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|-----------|
| ¿Puede nadar independientemente?  |           |           |
| ¿Puede levantar sus brazos por encima de su cabeza independientemente?        |           |           |
| ¿Puede voltearse en el agua independientemente?                               |           |           |
| ¿Puede agarrar una cuerda independientemente?                                 |           |           |
| ¿Puede hacer señales para pedir ayuda?  |           |           |
| ¿Puede gritar para pedir ayuda?   |           |           |
|   |           |           |
| ¿Es sensible a temperaturas frías o calientes?                                |           |           |
| ¿Es sensible al sol?  |           |           |
|   |           |           |
| Ha participado en las siguientes actividades en su condición de salud actual: |           |           |
| ¿Ir en canoa?   |           |           |
| ¿Escalar rocas?   |           |           |
| ¿Navegar rápidos en balsa?  |           |           |
| ¿Esquiar en la nieve?   |           |           |
| ¿Acampar?   |           |           |

## INFORMACIÓN DE BECAS

Queremos que todos puedan participar en los programas de Splore. Si el precio es un problema, por favor hable con nosotros sobre las becas que ofrecemos.

## AUTORIZACIÓN PARA VÍDEO Y FOTOGRAFÍA

**Sus iniciales aquí**

Autorizo a Splore y a otros grupos aprobados para que usen fotografías, videos y sonido de mi participación en los programas de Splore con fines de mercadotecnia, recaudar fondos y compras comerciales.

**\*\*Los participantes menores de 18 años necesitan las iniciales de sus padres o tutor \*\***

**Por favor firme el formulario al reverso**

## ACUERDO DE LIBERACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE RIESGOS DEL PARTICIPANTE

En consideración de los servicios de Splore, Inc., sus agentes, dueños, voluntarios, participantes, empleados y todas otras personas o entidades que actúan en completa capacidad y en su nombre (referidos de aquí en adelante y colectivamente como "Splore"), por este medio y actuando en mi nombre, el de mi cónyuge, mis hijos, mis padres, mis herederos, mis asignados, mis representantes personales y mi patrimonio, yo accedo a liberar, indemnizar y eximir a Splore según lo estipulado a continuación:

1. Estoy en conocimiento de que la participación en actividades al aire libre y consideradas aventuras como escalar rocas, navegar rápidos en balsa, canoa y cruzar praderas nevadas en esquís acarrearán riesgos conocidos y no anticipados que pueden resultar en lesiones físicas o emocionales, parálisis, muerte, o daño a mi persona, propiedad, o a terceros. Entiendo que tales riesgos no pueden simplemente ser eliminados sin arriesgar la calidad esencial de la actividad. **Los riesgos incluyen entre otras cosas:** Resbalsarse y caerse; avalancha de objetos; peligros en el agua; agotamiento; exposición a temperaturas extremas y climas que pueden causar hipotermia, hipertemia (enfermedad causada por calor extremo), agotamiento por calor, quemaduras de sol, deshidratación, exposición a animales salvajes peligrosos, picaduras de insecto, y contacto con plantas peligrosas; mal funcionamiento del equipo; ahogamiento accidental y lesiones o daños causados por levantar y/o sostener objetos pesados de una manera incorrecta.
2. Además, el personal de Splore tiene trabajos difíciles que llevar a cabo. Ellos procuran mantener la seguridad pero no son infalibles. Ellos pueden ignorar la condición y habilidades del participante. Ellos pueden calcular mal las condiciones del clima u otras condiciones del medio ambiente. Ellos pueden dar advertencias o instrucciones incompletas y el equipo en uso puede no funcionar bien.
3. Yo expresamente estoy de acuerdo y prometo aceptar y asumir todos los riesgos que existen en estas actividades. Mi participación en esta actividad es puramente voluntaria y elijo participar a pesar de los riesgos.
4. Voluntariamente accedo a indemnizar, eximir para siempre, y declarar a Splore libre de cualquier y toda acusación y demanda conectada con mi participación en esta actividad o con el uso que le di al equipo o inmuebles de Splore incluyendo cualquier demanda que alegue acciones negligentes u omisiones por parte de Splore.
5. Si Splore o cualquiera actuando en su nombre incurre costos de abogados para reforzar este acuerdo, yo acepto indemnizar y declararlos libres de dichos costos.
6. Certifico que tengo seguro adecuado para cubrir cualquier lesión o daño que yo pueda causar o sufrir durante mi participación, también estoy de acuerdo de asumir los costos de tal lesión o daño a mi persona. Certifico que estoy dispuesto(a) a asumir el riesgo de cualquier condición médica o física que yo pueda tener.
7. En el evento de que yo presente una demanda en contra de Splore, estoy de acuerdo en hacerlo solamente en el estado de Utah. También estoy de acuerdo en que la ley sustancial del estado de Utah será aplicada a esa acción legal sin tomar en consideración las leyes de ese estado. Estoy de acuerdo en que si alguna porción de este acuerdo se anula o no se hace valer, las porciones restantes permanecerán en completa vigencia y en efecto.

**Firmando este documento, reconozco que si alguien se lastima o si alguna propiedad de Splore resulta dañada durante mi participación en la actividad, puede ser dictaminado por un tribunal que yo he renunciado a mi derecho de demandar a Splore por cualquier razón de las que los he liberado por medio de este documento.**

**He tenido suficiente oportunidad de leer este documento en su totalidad. Lo he leído y entendido y acepto que estoy obligado/a por sus términos.**

Firma del participante \_\_\_\_\_ Nombre en imprenta \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DE LOS PADRES O TUTORES (Debe ser llenada si el participante es menor de 18 años)

Considerando que \_\_\_\_\_ (nombre del menor) ha sido aceptado por Splore para participar en sus actividades y usar su equipo e edificios, yo estoy de acuerdo en indemnizar y eximir a Splore de cualquier y todas las acusaciones y/o demandas ocasionados por o en nombre del menor y que están conectados con la participación del menor.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_