



**WILDERNESS
YOUTH PROJECT**

Wilderness Youth Project

5386 Hollister Ave, Suite D, Santa Barbara, CA 93111

PHONE: 805-964-8096 FAX: 805-456-3838

Spending time in nature makes children smarter, healthier, and happier.

Aplicación de Participante

Fecha _____

Participante por primera vez

Año escolar

Verano

2015

INFORMACION DE PARTICIPANTE

Nombre	Apellido	Edad
--------	----------	------

Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha de Nacimiento / /	Escuela	Grado en 2015-2016
---	----------------------------	---------	--------------------

Información Médica (Solo las que aplican)

No tiene problemas médicos

Su hijo/a ha sido picado/a por una abeja Si No ¿Tuvo una reacción alérgica? Si No

A mi hijo/a se le puede suministrar medicamentos como Tylenol, jarabe de tos, ect. (Si colocó NO a su hijo/o no se les suministrará medicamento) Si No

¿Permiso para que un profesional médico le suministre medicamento para mordeduras de culebras o reacciones alérgicas severas? Si No

¿Su hijo/o tiene alguna discapacidad física, sensorial, cognitiva o emocional? (incluye ADD/ADHD, procesamiento sensorial, autismo, etc)?

Si No Favor Describir:

Asma ¿Requiere inhalador? Si No Restricciones de actividades, Por favor especifique:

Alergias ¿A que? Picazón Dificultades al respirar Epi-pen Benadryl

¿Alguna otra condición, medicamentos o necesidades especiales? :

Origen Étnico (para estudio estadístico solamente) Escoga uno

American Indian/Nativo Asiático/Pacific Islander/Asiático-Americano Biracial/Multiracial Black/Afro-Americano

Latino/a/Hispano Blanco/Europeo Americano Declino Otro _____

INFORMACION DE PADRE/MADRE/GUARDIAN

Nombre	Apellido	Parentesco
--------	----------	------------

Dirección	Ciudad	Código Postal
-----------	--------	---------------

Numero Telefónico: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Correo Electrónico	Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
---	--------------------	--

¿Vive el/la participante con usted? Si No

Dirección de la/el participante, si NO:	Ciudad	Código Postal
---	--------	---------------

¿Es usted padre soltero/a?: SI NO

Padre 2 Nombre	Numero Telefónico <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
----------------	--

Numero de personas en su casa:	Total de ingreso ANUAL: \$ _____ <i>(Escriba "Niego a decir" solo si piensan pagar la cuota completa del programa)</i>
--------------------------------	---

Contacto de Emergencia (no padres)

Nombre	Apellido	¿Relación con el/la participante?
--------	----------	-----------------------------------

Numero Telefónico	Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
-------------------	--

Divulgación de Medios de Comunicación (opcional)

Yo _____ autorizo WYP para utilizar la imagen, voz en fotos o producciones de video, cobertura de radio y televisión con el fin de promocionar a WYP y sus programas.

Firma de Padre/ Guardian X

Fecha

Consentimiento

Yo _____ certifico que toda la información contenida en esta aplicación, en mi conocimiento, es correcta y verdadera.

Firma Padre/Guardian X

Fecha

AUTORIZACION PARA EL CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Yo/Nosotros, padres o guardianes del menor _____ autorizamos a Wilderness Youth Project para el consentimiento de rayos X, examen, anestesia, tratamiento o diagnostico medico o quirúrgico y cuidado hospitalario, los cuales serán efectuado bajo supervisión general o directa de un medico o cirujano licenciado, bajo las provisiones del Acta de Practica Medica de California, así ese diagnostico o tratamiento se haga durante una excursión de Wilderness Youth Project, bajo la supervisión de dicho medico o cirujano, en esa localidad , en su oficina, un hospital u otro lugar. Esta autorización también cobija el cuidado dental por un dentista licenciado. Se entiende que esta autorización se da de antemano de cualquier diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario. administrado por el medico anteriormente mencionado con el mejor de sus conocimientos, y dicho agente u organización no se hará cargo de cualquier responsabilidad financiera por la ejecución de su oficio. Wildernass Youth Project y sus agentes no serán sujetos a ningún reclamo que podrá desarrollarse a favor mío o del menor, al cual esta autorización beneficia, por razón de herida, perdida o daño, que podría ocurrir por mi o el menor como resultado del uso de este consentimiento. Esta autorización es dada para ejercer la provisión de la sección 6910 del Código de Familia de California y perdurara efectiva hasta que se revoque de manera escrita y enviada a dicho agente.

Firma de padres/Guardianes _____

Nombre de padre _____ Fecha _____

ACUERDO DEL PARTICIPANTE, LANZAMIENTO Y ASUCNCIÓN DE RIESGO

En consideración por los servicios del Wilderness Youth Project, los agentes que los representan, dueños, oficiales, voluntarios, participantes, empleados, y todas las otras personas o entidades actuando en cualquier capacidad de parte de ellos (de aquí en mas, referido colectivamente como "WYP"), declaro que yo estoy de acuerdo en no responsabilizar, en no reclamar indemnización alguna, ni hacer cargos contra WYP, de parte mía, mis hijos/as, mis padres, mis herederos, asignados, representantes personales y estatales en acuerdo con lo siguiente

1. Yo tengo conocimiento de que mi participación en la aventura silvestre basada en actividades tal como paseos en bicicletas, trepar por las rocas, caminar en la naturaleza, acampar, cargar mochilas, andar en "kayak", navegar y pescar involucran riesgos conocidos y no conocidos que podrían resultar en lastimarme físicamente y/o emocionalmente, ocasionar parálisis, ocasionar la muerte, o daño a mi mismo, a la propiedad, o a terceras partes. Yo entiendo que tales riesgos simplemente no pueden ser eliminados sin perjudicar las cualidades esenciales de la actividad. Más, los empleados del WYP tienen tareas que son difíciles de realizar. Ellos buscan la máxima seguridad, pero no son infalibles. Podrían no estar informados del estado fisico o de las habilidades de un participante. Podrían hacer cálculos erróneos con respecto al clima, los elementos de la naturaleza, o el terreno. Podrían dar avisos o instrucciones no adecuadas, y el equipo que estuvieran usando podría no funcionar.
2. Estoy de acuerdo y prometo aceptar y asumir todos los riesgos que existen en esta actividad. Mi participación en esta actividad es puramente voluntaria, y yo elijo participar a pesar de los riesgos.
3. Yo, voluntariamente declaro para siempre, que no responsabilizare, ni haré cargos en contra, ni reclamare indemnización alguna, y eximo a el WYP de cualquier reclamo, demandas, o causas de acción, que estén conectadas con mi participación en esta actividad o con el uso de equipos o instalaciones de WYP, incluyendo los reclamos que acusen actos negligentes u omisiones del WYP.
4. Si el WYP o cualquier persona que los represente se ve obligado a incurrir en gastos de abogados para hacer cumplir este acuerdo, estoy de acuerdo en indemnificarles por tales costos.
5. Yo certifico que tengo seguro adecuado para cubrir cualquier incidente o daño que puedo causar o sufrir mientras que participo, o si no estoy de acuerdo en cubrir los costos yo mismo de tal incidente o daño. Además certifico que estoy disponible a asumir el riesgo de cualquier condición médica o fisica que pueda tener.
6. En la eventualidad de que yo inicie un juicio contra WYP, estoy de acuerdo en hacerlo exclusivamente en el estado de California, y además estoy de acuerdo que la ley sustantiva de ese estado aplicara en ese acción sin respecto al conflicto de reglas de ley de ese estado. Estoy de acuerdo que si cualquier porción de este pacto se encuentra nulo u inejecutable, los porciones que restan quedaran en efecto.

Al firmar este acuerdo, yo reconozco que si alguien esta herido o su propiedad esta dañada durante mi participación en esta actividad, una corte de ley me puede acusar de haber anulado mi derecho a mantener un juicio contra el WYP en la base de cualquier demanda de lo cual quedan relevado. Yo tuve oportunidad suficiente a leer este documento entero. Lo he leído y lo entiendo, y estoy de acuerdo a estar ligado por sus condiciones.

Indemnización Adicional de Padres o Guardianes (Debe ser completado para participantes menores de 18 años)

En consideración de _____ (imprime el nombre del menor) ("Menor") estando permitido por el WYP a participar en las actividades y para usar los equipos e instalaciones, estoy de acuerdo en indemnizar y eximo el WYP de cualquiera y todo reclamos lo cuales son traídos por, o de parte del Menor, y cuales son en cualquier manera conectados con tal uso o participación por el Menor.

Padre o Tutor: _____ Imprime nombre: _____

Fecha: _____

Firma de padres/Guardianes _____ Nombre _____ Fecha _____