

Lea y complete todo el formulario, por delante y por detrás, cuidadosamente. Para poder participar, deberá completar y firmar tanto este formulario como el Formulario de acuerdo de participación. La falta de información o de la firma impedirá la participación.

<b>Participante</b>	Nombre del participante _____	Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____	Edad _____	Sexo _____
	Altura _____	Peso _____	Color de ojos _____	Color de cabello _____
	Dirección del padre o tutor _____	Ciudad del padre o tutor _____	Estado padre o tutor _____	C. postal padre o tutor _____
	Teléfono móvil del padre o tutor _____	Teléfono del padre o tutor _____	Email _____	

<b>Contacto de emergencia</b> Padre o tutor	Nombre contacto de emergencia _____	Teléfono de día _____	Teléfono de noche _____	Tel. móvil _____
	Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Cód. postal _____

<b>Seguro médico</b>	Nombre del médico de familia del participante _____	Teléfono del médico _____
	Compañía de seguro médico _____	Número de identificación del seguro médico _____ Teléfono del seguro médico _____

<b>Historia clínica</b>	Instrucciones: Marque SÍ o NO con un círculo si el participante «actualmente tiene» o «ha tenido» lo siguiente. Sírvase proporcionar más detalles para todas las respuestas afirmativas en el espacio en blanco.		
	SÍ	NO	Historia médica general
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas cardíacos? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Presión arterial alta o baja? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas respiratorios? ¿Asma? (Indique si usa un inhalador) ¿Qué desencadena un ataque? ¿Último episodio? ¿Alguna vez fue hospitalizado? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alergias? (fármacos, abejas, alimentos, etc.) Especifique a qué es alérgico ¿Último episodio? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Restricciones dietéticas? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alteraciones gastrointestinales? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Diabetes? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Trastornos sanguíneos, sangrado o TVP? (trombosis venosa profunda) Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hepatitis u otra enfermedad hepática? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas neurológicos? ¿Epilepsia? ¿Convulsiones? Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Migrañas? Describa la frecuencia. Fecha del último episodio, nivel de gravedad: Explique: _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mareos, desmayos? Explique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas de tiroides? Explique: _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedades transmisibles actuales? Explique: _____	

**SÍ o NO Lesiones musculares, esqueléticas, fracturas**

¿Esguinces, fracturas o dislocaciones recientes?  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Lesiones de hombro, brazo o espalda?  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Lesiones o cirugías de rodilla, cadera o tobillo?  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Cirugía o lesión en la cabeza? ¿Cuándo fue la lesión o la cirugía? Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene un rango limitado de movimiento? Explique: \_\_\_\_\_  
¿Cuál ha sido la actividad más exigente desde la lesión? ¿Resultados? Explique: \_\_\_\_\_

**SÍ o NO Aptitud física:**

¿El solicitante hace ejercicio habitualmente?  
Actividad \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_  
Nivel de intensidad:  Fácil  Moderado  Competitivo

¿Fuma?  
En ese caso, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Tiene sobrepeso? ¿Tiene bajo peso? (marque una opción con un círculo)  
En ese caso, ¿cuánto? \_\_\_\_\_  
Natación:  No sabe nada  Recreativa  Competitiva

**SOLO participantes de sexo femenino:**  
\*\* Las mujeres embarazadas no puede practicar rafting, independientemente del estado del embarazo.\*\*

**SÍ o NO**

¿Actualmente está embarazada?

Tratamiento o medicamento para los cólicos menstruales

Otra información pertinente para la historia clínica:  
\_\_\_\_\_

**Vacunas:**

Fecha de la última vacunación	Fecha
Tétanos (cada 10 años)	_____
Paperas, sarampión, rubéola	_____
Hepatitis A	_____
Hepatitis B	_____

**SÍ NO Frío, calor, altitud**

¿Congelación, hipotermia?  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Golpe de calor u otra enfermedad relacionada con el calor?  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Enfermedad relacionada con la altura?  
Explique: \_\_\_\_\_

**SÍ o NO Medicamentos:**

¿Es alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma medicamentos (con o sin receta)? ¿Medicamentos, dosis, efectos secundarios? ¿Para qué problema de salud?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicamentos de venta libre:**  
Youth Dynamics ofrece varios medicamentos de venta libre, especialmente en los viajes largos. Dichos medicamentos solo están disponibles para los participantes menores de 18 años cuando los padres dan su consentimiento por escrito.

Seleccione los medicamentos que preferiría que estuvieran disponibles si fuera necesario.  
O seleccione «SÍ» para que estén disponibles:

<input type="checkbox"/> Sí (poner a disposición)	<input type="checkbox"/> Antidiarreico	<input type="checkbox"/> Antihistamínico/Antialérgico
<input type="checkbox"/> Gel de aloe vera al 100 %	<input type="checkbox"/> Descongestionante nasal	<input type="checkbox"/> Blistex/Crema para labios
<input type="checkbox"/> Crema Tecnu (roble venenoso)	<input type="checkbox"/> Acetaminofeno/Tylenol (fuerte)	<input type="checkbox"/> Pepto-Bismol/Trat. indigestión
<input type="checkbox"/> Crema hidrocortisona (picazón)	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno/Advil	<input type="checkbox"/> Metamucil/Laxante a base de fibra
<input type="checkbox"/> Lavaojos	<input type="checkbox"/> Naproxeno sódico/Aleve	

**Consentimiento para recibir tratamiento**

En caso de emergencia médica, autorizo al personal de Youth Dynamics a administrar u obtener tratamiento médico, lo que podrá incluir hospitalización, cirugía, inyecciones o la administración de anestesia o medicamentos para el participante menor de edad o para mí.

Autorizo al personal de Youth Dynamics y al proveedor de atención médica externo a intercambiar información médica pertinente a la atención solicitada. Acepto pagar todos los gastos relacionados con el rescate y los servicios médicos incurridos en mi nombre o en nombre del niño.

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

\_\_\_\_\_  
Edad del participante

Firma (18 años o más): O Firma del padre o tutor (del menor de edad - menor de 17 años) Firma **Fecha en que se firma**



## **Acuerdo de participación** – *Formulario revisado el 5/28/2020*

(Incluido el Reconocimiento y la asunción de riesgos y los Acuerdos de exención e indemnización)

Lea cuidadosamente este documento. Afecta los derechos jurídicos de los participantes en las actividades ofrecidas por Youth Dynamics (una organización sin fines de lucro de Washington que opera en Washington, Oregón y Idaho, en adelante «Youth Dynamics» o «YD») y sus familias en caso de lesiones o pérdidas. Debe ser aceptado y firmado por todos los participantes adultos (mayores de 18 años) que tomen parte en las actividades de Youth Dynamics. Si el participante es menor de edad, debe ser firmado al menos por el padre, la madre o el tutor legal del menor. El padre, la madre o el tutor (en adelante «padre») acepta y firma en su propio nombre y, hasta donde lo permite la ley, en nombre del menor de edad.

Habida cuenta de los servicios de Youth Dynamics, yo, el abajo firmante, reconozco y acepto lo siguiente:

**Actividades y riesgos:** Las actividades de Youth Dynamics pueden incluir paseos a caballo y otras actividades con equinos, lo que incluye paseos en trineo y en carro; ciclismo de montaña, monociclismo y monopatín; rafting, canotaje y sur de remo; escalada en roca, escalada en hielo y montañismo; excursionismo, esquí de travesía, deslizamiento en trineo y acampadas, lo que incluye campamentos invernales; y curso de desafíos grandes y pequeños; navegación y actividades en botes. Las actividades urbanas incluyen tutoría, capacitación laboral, estudios bíblicos, excursiones, proyectos de servicio, gimnasia y otros juegos de interior y exterior, y otras actividades orientadas a los jóvenes. Los participantes tendrán tiempo libre y podrán participar en otras actividades, y es posible que algunas de ellas no estén supervisadas ni programadas. El personal de Youth Dynamics puede terminar o modificar una actividad, o separar a un participante de una actividad si el participante parece representar un peligro para sí mismo o para los demás.

Los riesgos de estas y otras actividades incluyen: las fuerzas impredecibles de la naturaleza, incluido el calor y el frío extremos, avalanchas, caídas de rocas y rayos; cruces de ríos, traslados en vehículos de motor hacia y desde las actividades; caídas, incluso al moverse y escalar en hielo y nieve y otros terrenos difíciles e irregulares; problemas de comunicación y otros equipos; negligencia, incluido el incumplimiento de las instrucciones, por parte de otros participantes y del personal de Youth Dynamics, y acciones de terceros (incluidos los cazadores); enfermedades relacionadas con la altura; riesgos típicamente asociados con la operación o la conducción en embarcaciones, incluidas las obstrucciones sobre y debajo del agua, y de que alguien sea arrojado de la embarcación; proximidad a plantas peligrosas, insectos, reptiles o animales; lesiones o enfermedades, incluido el mal de altura, en un entorno remoto donde la atención médica puede retrasarse considerablemente; y la naturaleza imprevisible de los caballos. Los riesgos descritos anteriormente y otros, incluida la posibilidad de negligencia de otros participantes y del personal de Youth Dynamics, son inherentes a las actividades, instalaciones y equipos proporcionados por YD, es decir que no pueden suprimirse sin desalentar la participación activa y destruir la naturaleza esencial y el valor social y educativo de la actividad. Estos y otros riesgos, inherentes o no, podrían causar pérdidas o daños a los equipos o lesiones personales, enfermedades y, en casos extremos, traumas permanentes o incluso la muerte. Entre las lesiones y enfermedades relacionadas con el clima y el ambiente se incluyen: congelación, hipotermia, agotamiento por calor, insolación, hiponatremia y deshidratación, mal agudo de montaña, edema pulmonar o hemorragia retiniana y ahogamiento.

Quien suscribe, o el niño, se encuentra física y mentalmente capacitado para participar de las actividades ofrecidas por Youth Dynamics, y no conoce ninguna condición que pueda hacer que quien suscribe o el niño represente un peligro para sí mismo o para los demás. Reconozco que el personal de YD ha estado a disposición para explicarme de forma pormenorizada a mí, y al menor, si corresponde, la naturaleza y las exigencias físicas de estas actividades, y los riesgos, peligros y amenazas inherentes y de otro tipo asociados con ellas.

**Reconocimiento y asunción de riesgos:** Al entender la naturaleza de las actividades y sus riesgos, y que es posible encontrar riesgos imprevistos, yo, participante adulto o padre, reconozco y asumo expresamente todos los riesgos de las actividades, ya sea que se hayan descrito o no anteriormente, sean conocidos o desconocidos, e inherentes o de otro tipo. **Si la lesión o pérdida ocurre en terreno estadounidense (lo que incluye ciertos bosques y parques nacionales) cuyas normas o regulaciones se determinan desde el punto de vista jurídico para prohibir la asunción de TODOS los riesgos, dicha asunción se extiende solo a los riesgos inherentes.** El padre y el participante menor de edad han analizado las actividades y los riesgos, y el menor entiende las actividades y los riesgos y, pese a ello, decide participar.

**Exención e indemnización:** Yo, participante adulto o padre (que firma por sí mismo y hasta donde lo permite la ley en nombre del participante menor de edad) ACEPTO EXIMIR Y NO DEMANDAR a Youth Dynamics, Shepherd's Staff y sus respectivos directores, fideicomisarios y colaboradores, incluidos los voluntarios («Partes exoneradas») con respecto a cualquiera reclamo de lesión, incapacidad, muerte u otra pérdida o daño a personas o bienes, que sufra personalmente o el menor de edad que surjan en su totalidad o en parte de mi inscripción o participación o de la inscripción o participación del niño en una actividad ofrecida por YD. ADEMÁS, ACEPTO INDEMNIZAR (ES DECIR, DEFENDER Y PAGAR O REEMBOLSAR CUALQUIER RECLAMO O JUICIO, INCLUIDOS LOS COSTOS Y HONORARIOS DE ABOGADOS) A CADA UNA DE LAS PARTES RELACIONADAS por 1) cualquier reclamo, incluido el que presente un miembro de mi familia o la del niño, como resultado de una lesión que sufra personalmente o el niño y 2) cualquier reclamo de lesión o pérdida que presente otra persona, incluido un coparticipante o rescatista, que surja en su totalidad o en parte de mi conducta o la de mi hijo. Estos acuerdos de exención e indemnización incluyen pérdidas o daños causados o reclamados como causados en su totalidad o en parte por la negligencia (pero no la negligencia grave o la conducta intencionalmente ilícita) de una Parte exonerada e incluyen reclamos por el incumplimiento del contrato, la responsabilidad por productos y de otro tipo. **Los acuerdos de exención e indemnización no tienen validez ni efecto si la lesión o la pérdida se producen en terreno estadounidense (lo que incluye ciertos bosques y parques nacionales) en la medida en que las normas o regulaciones aplicables a los mismos se determinen desde el punto de vista jurídico para prohibir tal exención o indemnización.**

**Otro:** Doy mi consentimiento para que Youth Dynamics haga uso de cualquier fotografía, imagen, película o video que tome o se tome de mí o del participante menor de edad para publicidad, promoción, televisión, sitios web o cualquier otro uso, y renuncio expresamente a cualquier derecho de privacidad, compensación, derechos de autor u otro derecho de propiedad relacionado con el mismo.

En caso de emergencia médica, autorizo al personal de Youth Dynamics a administrar u obtener tratamiento médico, lo que podrá incluir hospitalización, cirugía, inyecciones o la administración de anestesia o medicamentos para el participante menor de edad o para mí. Autorizo al personal de Youth Dynamics y al proveedor de atención médica externo a intercambiar información médica pertinente a la atención solicitada. Acepto pagar todos los gastos relacionados con el rescate y los servicios médicos incurridos en mi nombre o en nombre del niño.

La demanda o mediación que surja de una disputa entre una Parte exonerada y yo, o el niño, o cualquier persona que actúe en mi nombre o en nombre del niño, se presentará y conservará exclusivamente en el estado en el que se produjo la pérdida, y en el siguiente condado de dicho estado: en Washington, el condado de Skagit; en Oregón, el condado de Multnomah; y en Idaho, el condado de Ada. Sin embargo, acepto que una Parte exonerada pueda, a su elección, hacer que cualquier demanda o mediación que se presente en el condado de Multnomah o Ada se transfiera al condado de Skagit, Washington. Yo, en mi nombre y en nombre del niño, acepto la competencia de los tribunales que se especifican aquí en las circunstancias descritas. En cualquier circunstancia y en cualquier parte en que se presente la demanda o mediación, las leyes sustantivas (sin incluir las leyes que pueden aplicar a otra jurisdicción) del estado en el que se produce una supuesta pérdida (Washington, Idaho o Oregón) se aplicarán a la interpretación de este acuerdo y de cualquier disputa entre mi persona, o el participante menor de edad, y una Parte exonerada. Me comprometo a pagar todos los gastos y honorarios de abogados en los que incurra Youth Dynamics u otra Parte exonerada por defender un reclamo o demanda, hasta el punto de que yo, o el menor de edad, retire el reclamo o la demanda, o en la medida en que un tribunal determine que Youth Dynamics no es responsable de la lesión o la pérdida.

Este acuerdo pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley. Si un tribunal u otra autoridad competente determina que una parte de este acuerdo no es válida, el resto del acuerdo seguirá teniendo plena vigencia y efecto. Este acuerdo se aplica a esta y toda futura participación en eventos y actividades organizados por YD hasta su cancelación o reemplazo por escrito.

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones que se establecen en este documento, y reconozco que este acuerdo será efectivo y obligatorio para mí, mis herederos, cesionarios, representante personal y herencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del participante

\_\_\_\_\_  
Edad del participante

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

(Firma del participante adulto **18 años o más**)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Q

Firma del padre, madre o tutor (del participante menor de edad - *menos de 17 años*)