



**Cuestionario de salud confidencial para A Mountain Classroom (Un aula en la montaña)
del Appalachian Mountain Club (formulario de dos páginas)**

Nombre del/de la participante: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Nombre de la escuela/organización: _____ **Fecha de inicio del programa:** _____

Edad: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Estatura:** _____ **Peso:** _____ **Sexo:** _____
Día/mes/año

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Contacto de emergencia: _____
Nombre Parentesco

Teléfonos del contacto de emergencia: _____
Día Noche Celular

2.º contacto de emergencia: _____
Nombre Parentesco

Teléfonos del 2.º contacto de emergencia: _____
Día Noche Celular

N.º de seguro médico: _____ **N.º de póliza:** _____ **Nombre de la aseguradora:** _____

RESTRICCIONES ALIMENTARIAS: ¿Tiene alguna restricción alimentaria? Sí (especifique a continuación) No

Sea específico: (indique si tiene alergias a alimentos, al yodo o los mariscos; si es vegetariano/a o vegano/a; si no come carne roja; si tiene intolerancia a la lactosa o aversión fuerte a algún alimento, etc.).

CUESTIONARIO DE SALUD

El padre, la madre o el tutor legal deben completar el formulario para todos los menores de 18 años que participen en el programa del Appalachian Mountain Club (AMC).

1. ¿Ha experimentado un ataque de asma en algún momento de su vida? Sí No
Si la respuesta es "Sí": ¿Llevará su inhalador durante el programa? _____

¿Con qué frecuencia usa el inhalador para tratar el asma o las sibilancias? _____

2. ¿Alguna vez le diagnosticaron diabetes tipo I o II? Sí No
Si la respuesta es "Sí": ¿Tiene mala circulación debido a la diabetes? _____

¿Llevará consigo insulina o usará una bomba de insulina durante el programa? _____

3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave o le han administrado una inyección de epinefrina por una alergia o anafilaxia? Sí No
 Si la respuesta es “Sí”: ¿A qué es alérgico y cómo responde comúnmente su organismo cuando se expone al alérgeno? (P. ej., picadura de abeja → urticaria). _____
 ¿Llevará consigo epinefrina durante el programa? _____
4. ¿Alguna vez ha tenido angina de pecho, un infarto de miocardio u otro tipo de enfermedad o trastorno cardíacos, o ha recibido tratamiento médico para estas afecciones? Sí No
 Si la respuesta es “Sí”: ¿Puede realizar ejercicio físico por más de 30 minutos sin sufrir angina de pecho (dolor en el pecho)? _____
5. ¿Alguna vez le diagnosticaron presión arterial alta o recibe actualmente tratamiento para esa afección? Sí No
 Si la respuesta es “Sí”: Actualmente, ¿se encuentra bajo control su presión arterial (es decir, la presión sistólica está por debajo de 140 y la diastólica, entre 60 y 100)? _____
6. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones o recibe actualmente tratamiento para algún tipo de trastorno convulsivo? Sí No
 Si la respuesta es “Sí”: ¿Actualmente toma medicamentos para las convulsiones? _____
 ¿Ha tenido convulsiones en el último año? _____
7. ¿Hay algo más que considere que deberíamos saber sobre su historia clínica? Sí No
 (Es decir, ¿hay algo que pueda afectar su seguridad o capacidad para participar plenamente?)

¡LEA CON ATENCIÓN! Los participantes (o los padres o tutores, si corresponde) deben leer la siguiente información y firmar a continuación.

Reconocimiento de la precisión y comprensión por parte del participante. Al firmar este formulario, declaro que, según mi leal saber y entender, he completado el cuestionario de forma precisa. También comprendo que, si completo incorrectamente el formulario de manera consciente u oculto información pertinente sobre mi salud, puedo poner en mayor riesgo mi salud o la de otras personas.

Consentimiento de aceptación de ayuda. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento y permiso para que el personal, los voluntarios, los representantes o los contratistas del AMC nos brinden atención médica a mí o a mi hijo/a, nos lleven hasta un centro médico a mí o a mi hijo/a o soliciten ayuda de los servicios médicos de emergencia, según lo consideren adecuado. Además, autorizo al personal, los voluntarios, los representantes o los contratistas del AMC a que brinden cualquier tratamiento que consideren necesario para mi salud o la de mi hijo/a, y acepto pagar todos los costos relacionados con la atención y el transporte.

 Nombre del/de la participante (en letra de imprenta)

 Firma del/de la participante

 Firma del padre, la madre o el tutor legal
 (si el/la solicitante es menor de 18 años)

 Fecha