

SEGUIMIENTO
APROBACION

INSTRUCCIONES Por favor complete y envíe el formulario tan pronto como sea posible con el fin de darnos tiempo suficiente para la revisión y posibles preguntas de seguimiento. Vamos a determinar el estado de su participación después de la revisión de este formulario. Podemos requerir una nueva evaluación por un médico con el fin de que usted participe plenamente. Si decide no continuar con el seguimiento recomendado, es posible que tenga la opción de una participación limitada (sobre la base de nuestra evaluación de sus restricciones médicas). Por favor devuelva el formulario, independientemente de lo que la decisión que tome. Por favor, escriba de manera legible en tinta azul o negra. **NOTA:** La mayoría de nuestros programas están estructurados para acomodar a varios niveles de participación. Independientemente de su estatus de participación, usted estará en capacidad de interactuar completamente con su grupo durante la mayor parte de las actividades del programa. **Si llega al programa sin un historial médico revisado previamente, su estado será el de OBSERVADOR, solamente.**

PARTE I - INFORMACION GENERAL **NÚMERO DE PROGRAMA / CURSO:** _____ **FECHA DE INICIO:** _____

Solicitante

Nombre: _____ Edad al inicio del programa: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Altura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ libras
 Ciudad/Estado/Código postal: _____ Género identificado como: Masculino
 Teléfono de casa: _____ Femenino
 Teléfono celular: _____ _____
 Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia (no es padre o tutor)

Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____
 Teléfono de la casa: _____ Celular o teléfono del trabajo: _____

Origen étnico (opcional)

- Asiático Caucásico (no-Hispano) Indio Americano/Nativo de Alaska
 Multiétnico Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico No sabe la raza
 Hispano o Latino Afroamericano Otro: _____

Información del seguro

Si usted tiene seguro, por favor adjunte una fotocopia de la parte delantera y trasera de su tarjeta de seguro. **Cada participante es responsable de cualquier gasto médico y debe ser cubierto por su propio seguro de enfermedad y accidente.**

PARTE II - INFORMACIÓN MÉDICA
A. ALERGIAS Incluyen alergias a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos/mordeduras, medio ambiente, etc.

Alergia Lista abajo	Reacción Lista abajo	Medicamentos requeridos (si es el caso)

B. MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO ACTUALMENTE Si es un medicamento psiquiátrico, por favor indique todos los medicamentos tomados o cambiados en los últimos 3 meses. También indique cualquier medicamento sin receta, inhaladores, suplementos de hierbas, etc.

Medicación Lista abajo	Tomado para Síntoma/Enfermedad	Dosis Tamaño/Frecuencia	Fecha de Inicio	Efectos secundarios actuales (si los hay)

NOTA: Si está tomando medicamentos recetados, debe traerlos en sus EMPAQUES ORIGINALES SON LA RECETA y las instrucciones de dosificación del médico. Si es posible, traiga un doble suministro. Si hay algún cambio, por favor póngase en contacto con Outward Bound.

C. ACTIVIDAD FISICA ACTUAL Por favor, enumere las actividades diarias o semanales que indican su nivel de condición física actual. Asegúrese de incluir todas las actividades. Se espera que usted participe en actividad física rigurosa durante su experiencia Outward Bound. ¡Es importante que inicie (o continúe) un régimen de acondicionamiento como preparación para el programa!

Actividad	Frecuencia	Tiempo/Distancia	Sin prisa	Moderadamente	Intensamente

PARTE III – PERFIL DE SALUD

Alguna de los siguiente aplica a usted? Si haz indicado un SI en la casilla junto al elemento declare detalles sobre los espacios de abajo.

- Convulsiones en los últimos 6 meses
- Sala de Emergencia visita de/hospitalización/visita de atención urgente en el último año
- Historia de ataque al corazón, bypass/angioplastia/angina
- Otras afecciones cardiacas, por ejemplo, soplo cardíaco u otra anomalía en el ritmo
- Problemas ortopédicos actuales (cuello / espalda / rodilla / hombro)
- Dispositivos médicos, por ejemplo, audífonos / prótesis
- Actualmente embarazada
- Otros problemas / enfermedades / síntomas / requisitos médicos

Describe: _____

Describe: _____

PARTE IV - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Alguna de los siguiente aplica a usted? Si haz indicado un SI en la casilla junto al elemento declare detalles sobre los espacios de abajo.

- Diagnosticado de presión arterial alta, incluso si se controla con la medicación (150/90 o más en cualquier caso).
- ¿Ha fumado regularmente durante el último año?
- Diabetes
- Nivel conocido de colesterol anormalmente alto o en una dieta o medicación para una anomalía lipídica
- Antecedentes familiares (padres / hermanos) de un ataque al corazón, bypass/angioplastia de arterias coronarias, o muerte súbita e inexplicable antes de los 55 años
- Dolor en el pecho inexplicable / presión, falta de aliento, palpitaciones, sudoración / mareos / desmayo por esfuerzo

Presión arterial: _____ Fecha de la toma: _____ tomada en los 6 meses previos al inicio del curso.
La presión arterial se puede tomar con el aparato en un supermercado local o en una farmacia.

PARTE V - FIRMA REQUERIDA

Toda la información será confidencial, salvo que la información puede ser revelada a un médico cuando sea necesario para mi cuidado. Con los años, muchos de los participantes con una variedad de problemas médicos / psicológicos han completado con éxito nuestros programas, pero debemos ser conscientes de estas enfermedades. **El no revelar información médica puede resultar en daños graves a usted ya sus compañeros participantes. Entiendo que puedo estar en un área donde la comunicación, el transporte o la evacuación está sujeta a retrasos.** Voy a asistir a un programa de Outward Bound y doy permiso para cualquier anestesia de emergencia, operación, hospitalización u otro tratamiento que pueda ser necesario. Estoy de acuerdo en ser responsable de cualquier y todos los cargos relacionados con dicho tratamiento.

Firma del solicitante: _____ Fecha _____

(El solicitante debe ser mayor de 18 años o si el solicitante es residente de Alabama debe ser mayor de 19 o si el solicitante es residente de Mississippi debe ser mayor de 21)