

C. **ACTIVIDAD DE EJERCICIO ACTUAL** Por favor haga una lista con las actividades que usted desarrolla a diario o semanalmente y que indiquen su actual nivel de acondicionamiento físico. Procure incluir todas las actividades. Se esperará que usted desarrolle actividad física vigorosa durante su experiencia su Outward Bound. Es importante que usted empiece (o continúe) un régimen de acondicionamiento en preparación para su programa.

Actividad	Frecuencia	Tiempo/Distancia	Sin prisa	Con moderación	Con intensidad

PARTE III - PERFIL DE SALUD

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma (Si es sí, por favor traiga inhalador)
<input type="checkbox"/> Incontinencia nocturna
<input type="checkbox"/> Convulsiones en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Condiciones cardiacas, p. ej., soplo al corazón u otra anomalía en el ritmo
<input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos actuales (cuello/espalda/rodilla/hombro)
<input type="checkbox"/> Embarazo actual | <input type="checkbox"/> Hospitalización, visita a la Sala de Emergencia/Cuidado de Urgencia en el último año
<input type="checkbox"/> Dolor/presión en el pecho sin explicación, falta de aliento, latidos acelerados, sudoraciones, mareos o sensación de desmayo
<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco/fumador
<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud/enfermedades/síntomas/requerimientos/prótesis |
|--|---|

Describe: _____

Describe: _____

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 de un supermercado local o en una farmacia.

PARTE IV – HISTORIA PERSONAL Basado en el último año.

1. ¿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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD
<input type="checkbox"/> Desorden de ansiedad
<input type="checkbox"/> Trastorno depresivo
<input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios
<input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Trastorno de la personalidad
<input type="checkbox"/> Trastorno relacionado con sustancias
<input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar
<input type="checkbox"/> Trastorno de conducta perturbadora
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual
<input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Trastorno de trauma relacionados |
|---|---|

2. ¿Ha recibido tratamiento o terapia por alguna de las siguientes, sea actualmente o en el último año?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamento(s)
<input type="checkbox"/> Tratamiento diurno
<input type="checkbox"/> Consejería ambulatoria | <input type="checkbox"/> Tratamiento a domicilio
<input type="checkbox"/> Hospitalización psiquiátrica |
|---|---|

3. Por favor entregue el nombre y los números de teléfono y fax de su terapeuta o médico que le emite recetas:

Nombre Médico que Receta: _____	Nombre Terapeuta: _____
Número de Teléfono: _____	Número de Teléfono: _____
Número de Fax: _____	Número de Fax: _____
Correo electrónico: _____	Correo Electrónico: _____

Describe: _____

PARTE V – FIRMA OBLIGATORIA

Toda la información permanecerá confidencial salvo aquella que pueda ser divulgada a un proveedor de atención médica según sea necesario para mi cuidado (o el de mi hijo). A través de los años, muchos participantes con una serie de dificultades médicas/psicológicas han completado con éxito nuestros programas, pero nosotros debemos estar en conocimiento de estas condiciones. **No divulgar información médica podría derivar en perjuicio grave para usted (o su hijo) y compañeros participantes. Entiendo que puedo estar en un área donde la comunicación, el transporte o la evacuación están sujetos a demora.** Yo (o mi hijo) asistiré a un programa Outward Bound y otorgo mi permiso para cualquier anestesia, operación u hospitalización de emergencia u otro tratamiento que pueda llegar a ser necesario. Acepto hacerme responsable de cualquier y todo cargo asociado con dicho tratamiento.

Firma Postulante _____ Fecha _____

Firma Padre/Tutor _____ Fecha _____

(Obligatorio si postulante es menor de 18 años O si el postulante es residente de Alabama y menor de 19 años O si el postulante es residente de Mississippi y menor de 21 años).