4. INFORMACIÓN MÉDICA:

1. ¿Tiene usted alguna limitación o discapacidad física? (temporera o permanente)? (Circule **Sí** o **No**)

No **Sí** Si contestó **Sí**, favor de identificar y explicar: _____

2. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones?

No **Sí** ¿Convulsiones durante el pasado año?

No **Sí** ¿Diabetes?

Si contestó **Sí**, indique (circule una): ¿depende de insulina o **NO** depende de insulina?

No **Sí** ¿Problemas o condiciones de cuello, hombros, rodillas o talón?

No **Sí** Si aplica, ¿está embarazada? (**VER SECCION 5- NOTA MEDICA ES REQUERIDA**)

No **Sí** ¿Alta presión o condición de corazón?

No **Sí** ¿Nivel de colesterol extremadamente alto o medicamento para "Lipid"?

No **Sí** ¿Marcapaso arterial/ Angioplastia? (Procedimiento médico utilizado para abrir los vasos sanguíneos que se encuentren bloqueados u obstruidos sin la necesidad de cirugía)

NO **Sí** ¿Dolor de presión en el pecho inexplicable? ¿Falta de aire, palpitaciones rápidas de corazón, sudor excesivo? ¿Mareos o desmayos?

No **Sí** ¿Fuma?

NOTA: Si contestó **Sí** a algunas de las preguntas, explique y complete la sección 4 "Consulta médica" localizada próximamente. _____

3. **No** **Sí** ¿Actualmente toma medicamentos? (¿Recetado o sin receta? Por ejemplo: medicamento para el catarro) Si contestó **Sí** ¿qué está tomando y para qué condición? _____

4. **No** **Sí** ¿Tiene alguna reacción alérgica a medicamentos o existe alguna otra condición médica que le limite? Si contestó **Sí**, por favor identifique y explique: _____

5. **No** **Sí** ¿Es alérgico a picaduras de abeja?

No **Sí** Si contestó **Sí**, ¿trae consigo una "epipen" o su propio medicamento?

6. Por favor indique qué declaración mejor describe su actividad de ejercicios:

Poco o ningún ejercicio en base general.

Ejercicio ocasional. 1 ó 2 veces por semana

Ejercicio vigoroso. (Por ejemplo: 20 minutos corriendo, caminata rápida o equivalente a 3 veces por semana o más.)

5. CONSULTA MÉDICA:

- Si usted contestó **sí** a alguna de las preguntas arriba, o si tiene tres o más factores de riesgo; diabetes, es fumador, lleva una vida sedentaria (no practica ningún deporte), está sobre peso, tiene historial familiar de condición de corazón o su edad está sobre los 45. **ENFÁTICAMENTE LE RECOMENDAMOS QUE CONSULTE CON SU MÉDICO** antes de participar en el programa "PLCC" o cualquier otra actividad física vigorosa.
- Si está **embarazada**, PLCC **requiere** carta médica indicando el nivel de participación apropiada para usted. Si tiene más de 20 semanas (5 meses) de embarazo, usted no podrá utilizar el arnés de alpinismo, aunque sí puede participar en otras actividades.
- Si usted o su médico necesita/requiere más información acerca de las actividades en el programa de PLCC, Comuníquese con nosotros al **(860) 314-4690**.

En preparación para el programa "PLCC" He consultado con mi médico: **NO** **SÍ**

Si seleccionó **Sí**, marque con sus iniciales su respuesta:

He sido aconsejado que **podré participar completamente** en el programa sin ninguna limitación.

He sido aconsejado que **no debo participar** en el programa "PLCC".

He sido aconsejado que **puedo participar** en el programa "PLCC", **pero debo evitar ciertas actividades**.

Por favor provea una explicación e información adicional. _____

6. ACUERDO DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN:

Entiendo que parte del "Bristol Pine Lake Challenge Course" puede ser física y emocionalmente exigente. Mi hijo(a) (nombre del niño(a)) _____ y yo afirmamos que se/nos encuentro(a) (mos) en buena condición de salud y que (nosotros, mi hijo(a)) no estoy (estamos/está) bajo el cuidado médico por alguna razón no especificada que pueda impedir/tener impacto en mi (nuestra/su) resistencia para participar en las actividades de "Pine Lake Challenge Course (PLCC).

Reconozco que hay riesgo innato de lesiones emocionales of físicas que podrían resultar en lesiones permanentes of en muerte asociado con el uso y/o la participación en las actividades llevadas a cabo en "Bristol Pine Lake Challenge Course" patrocinado por el "Bristol Youth Services" durante el período del:

(Fechas/Duración del Programa): _____ (Fecha en caso de lluvia): _____

en PLCC u otra ubicación _____

En consideración con el privilegio de participar en "Bristol Pine Lake Challenge Course", el abajo firmante por este medio acuerda que:

1. Asumo todo riesgo asociado con el uso y participación en "Bristol Pine Lake Challenge Course", aún si se debiese a negligencia de la Ciudad de Bristol, sus agentes, servidores o empleados.
2. Por este medio exonerado (libero) y acuerdo no demandar a la Ciudad de Bristol, sus agentes, servidores y empleados, todos sus departamentos, junta, comisión y agencias, incluyendo el "Bristol Youth Services" y sus empleados, de toda responsabilidad en caso de que ocurriese alguna lesión para con mi persona o mi hijo(a) durante el tiempo de participación en "Bristol Pine Lake Challenge Course", aún si se debiese a negligencia de parte de la Ciudad de Bristol, sus agentes, servidores o empleados.
3. Yo, por mi parte y mis herederos asignados, sucesor, testamentario, administradores, representantes legales, acuerdo defender, indemnizar de daños y perjuicios sufridos y librar de responsabilidad a la Ciudad de Bristol, sus agentes, servidores y empleados, todos sus departamentos, junta, comisión y agencias, incluido "Bristol Youth Services" y sus empleados de cualquier reclamación, pleito o demanda que convenga de mi uso o el de mi hijo(a) en la participación de "Bristol Pine Lake Challenge Course", aún si se debiese a negligencia de parte de la Ciudad de Bristol, sus agentes, servidores o empleados. Al firmar certifico haber leído este documento en su totalidad y haber entendido los riesgos envueltos en la participación en "Bristol Pine Lake Challenge Course" y deseo continuar mi participación en él.
Además, entiendo que al firmar este acuerdo estoy renunciando a derechos legales sustanciales. No he sido inducido a firmar este acuerdo a través de promesas o representaciones; firmo voluntariamente por mi propia voluntad.
4. En caso de que ocurriese una lesión o un accidente, doy permiso para que mi hijo(a) _____ reciba el tratamiento de emergencia necesario a través de un personal médico certificado en la localidad médica más cercana.

PADRES Y/O GUARDIANES:

Sírvase para certificar que como padre o guardián con responsabilidad legal de este participante, por este medio consiento y acuerdo exonerar a mi hijo(a), mi persona, mis herederos asignados, sucesor, testamentario, administrador, representantes legales, acuerdo defender, indemnizar de daños y perjuicios sufridos y librar de responsabilidad a la Ciudad de Bristol, sus agentes, servidores y empleados, todos sus departamentos, junta, comisión y agencias, incluido "Bristol Youth Services" y sus empleados de cualquier reclamación, pleito o demanda que convenga de mi uso o el de mi hijo(a) en la participación de "Bristol Pine Lake Challenge Course", aún si se debiese a negligencia de parte de la Ciudad de Bristol, sus agentes, servidores o empleados.

*1. _____ / / _____ **(Todo participante AUN LOS MENORES, DEBE firmar)**
Firma del participante Fecha

2. _____ / / _____
Padre/Guardián (si el participante es menor de 18 años) Nombre en letra de molde Fecha

***TODO Participante debe firmar #1; Participantes menores de 18 años debe incluir la firma del Padre o Guardián en el espacio #2.**

PARA PODER PARTICIPAR EN EL PROGRAMA TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR:

- FIRMADOS, E INCLUYA LA FECHA EN QUE FIRMÓ
- HABER SELECCIONADO LA FECHA DEL PROGRAMA EN EL QUE DESEA PARTICIPAR
- NOTE: ESTE DOCUMENTO DE TRES PAGINAS NO SE PUEDE ALTERAR SIN AUTORIZACION DE LA CIUDAD DE BRISTOL.