

Denver Museum of Nature & Science
Camping en el Museo

Nombre del Grupo: _____

INFORMACION MEDICA

POLITICA DE TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIA

1. Los empleados, voluntarios, y otros representativos del Museo no son permitidos administrar tratamiento médico a ninguna persona en caso de emergencia, con la excepción de algunos miembros designados del personal de seguridad quienes están capacitados y pueden hacer algunos procedimientos limitados de primer auxilio.
2. En el caso de una emergencia médica o de otro tipo que afecta un participante de un programa de niños, DMNS intentará notificar al tutor legal designado en la solicitud de participación del programa para que tal persona pueda resolver la emergencia.
3. Si acción inmediata está requerida, DMNS llamará a Servicios de Emergencias (911) para proveer al participante cualquier tratamiento necesario. Todo el costo del auxilio es la responsabilidad del tutor legal. Ni DMNS ni sus empleados, voluntarios ni otros representativos son responsables por el auxilio proveído por los Servicios de Emergencias ni para otro auxilio proveído por otro personal médico.

POLITICA DE MEDICAMENTOS

1. Los empleados, los voluntarios y otros representativos de DMNS no son permitidos ni aceptar ni administrar ningún tipo de medicamento a nadie.
2. Si un niño necesita medicamento, tal como una inyección de EpiPen, durante un programa, el tutor legal debe quedarse con el niño durante el programa para administrar el medicamento.

Fecha del Programa: _____

Nombre del Participante: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal Nombre: _____

Teléfono: (Domicilio) _____ (Lugar de Trabajo) _____

Dé el nombre de dos personas con las cuales comunicarnos (si no lo podemos hacer con el padre, la madre o el tutor legal) en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Sírvase completar la siguiente información:

1. Alergias conocidas: _____

Si fuera aplicable, describa las reacciones alérgicas e indique los medicamentos empleados: _____

¿Puede su niño/a controlar sus alérgias (es decir, ¿sabe mantenerse lejos de lo que causa sus reacciones?) _____

3. Indique cualquier medicamento (y para qué va a ser usado) que su niño/a pueda traer al programa (incluya los medicamentos sin receta médica): _____

Descargo de Responsabilidad Médica

Certifico que la información médica anterior sobre mi niño/a está completa y es precisa. Entiendo que el Museo intentará notificarme, o a una de las personas nombradas más arriba, a la brevedad posible, en caso de alguna emergencia que afectara a mi niño/a. Si fuera requerida una atención inmediata, por el presente documento autorizo al Museo a contactar a los Servicios de Emergencia (911), a mi costo, a fin de que proporcionen cualquier tratamiento médico o procedimiento quirúrgico de emergencia que el personal del servicio de emergencia considere necesario.

Firma: _____

Fecha: _____