

Universidad de Nevada, Reno – Departamento de Geografía

Experiencia Científica *Aprendiendo en el Bosque*

IDENTIFICACION Y EMERGENCIAS

(FORMA DEBERA SER LLENADA POR LOS PADRES DE FAMILIA)



Por favor use letra de molde

Apellido del Estudiante _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Género M/F

Nombre de la Escuela _____ Grado _____

Dirección de Hogar del Estudiante _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Nombre del Padre _____ Teléfono de Día _____ Teléfono de Noche _____

Dirección de Hogar del Padre _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Nombre de la Madre _____ Teléfono de Día _____ Teléfono de Noche _____

Dirección de Hogar de la Madre _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Personas adicionales a las que se les podría llamar en caso de emergencia:

Nombre _____ Teléfono de Día _____ Telefono de Noche _____ Relación al Estudiante _____

1. _____

2. _____

3. _____

Doctor del Estudiante (si no se tiene, por favor deje en blanco) _____ Teléfono _____

Dentista del Estudiante (si no se tiene, por favor deje en blanco) _____ Teléfono _____

Información médica: (incluya alergias a productos alimenticios, factores del medio ambiente, medicamentos, etc. del estudiante)

Información médica adicional de la que debemos saber:

¿Está el estudiante tomando medicamentos de algún tipo? ¿Por que razón?

(Por favor registre cualquier medicina que requiere receta médica con el coordinador del programa)

¿Ha tenido el estudiante alguna enfermedad o accidente recientemente? Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.

Circle los medicamentos que el estudiante *podria* tomar en caso de emergencia.

Advil Tylenol Aspirin Pepto Bismol Kaopectate Otra:

I, the undersigned, agree to hold the University of Nevada, Reno, the Department of Geography, and the Coordinator of this program harmless from all suits, claims, or demands of every kind and character arising out of and in connection with the program. I further certify that the participant has no ailment or organic defect that would make participation in the activity dangerous to the health of the participant. I hereby authorize the program coordinator and the Department of Geography staff to act on my behalf according to their best judgment in any emergency requiring medical attention, and I also waive and release the program from any and all liability for injuries incurred by the student while participating.

Firma (Padre/Madre/Guardian) _____ Fecha _____

Nombre (en letra de molde) del padre/madre/guardian _____