|  |
| --- |
| Información General  |
| Nombre del evento: |  |
| Días del evento: |  |
| Nombre del participante: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Fecha de Nacimiento: |  | Casa |  | Celular |  |
| Dirección: (calle, número, código postal, ciudad y estado) |  |

|  |
| --- |
| Contacto de Emergencia |
| Nombre: |  | ¿Cuál es su parentesco? |  |
| Dirección: (calle, número, código postal, ciudad y estado) |  |
| Número de teléfono: (incluyendo código de área) |  | Celular: |  |
| Correo electrónico: |  |

Tenga en cuenta que todos los visitantes y voluntarios deben tener Seguro de Salud Internacional de viaje, antes de llegar a Nuestra Cabaña. El Centro Mundial no se hace responsable por cualquier accidente o enfermedad que pueda ocurrir durante su participación en cualquier evento.

|  |
| --- |
| Información de Seguro |
| Nombre de la compañía aseguradora: |  |
| Número de póliza: |  |
| Nombre del titular de la póliza: |  | Teléfono |  |
| Teléfono de la compañía: |  |
| Dirección de la compañía: |  |
| Correo electrónico: |  |

Es realmente importante para Nuestra Cabaña que llene estos datos correctamente.

|  |
| --- |
| Alergias |

|  |
| --- |
| ¿Usted sufre o ha sufrido alguna vez cualquiera de las siguientes alergias?: (Marque con una X) |
| Animales |  |
| Polen |  |
| Plantas / pasto / flores  |  |
| Medicina (especifique ) |  |
| Comida |  |
| Químicos |  |
| Insectos/ mordedura de insectos |  |
| Polvo |  |
| Otros:  |  |

En caso afirmativo, indique los detalles de su reacción y tratamiento:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Historial Médico |

|  |
| --- |
| ¿Usted sufre o ha sufrido alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones? (Marque con una X) |
| Fatiga |  |
| Presión arterial  |  |
| Fiebres altas  |  |
| Problemas de Oído |  |
| Depresión  |  |
| Diabetes |  |
| Artritis |  |
| Deterioro de la vista |  |
| Deterioro del lenguaje |  |
| Asma |  |
| Epilepsia |  |
| Convulsiones |  |
| Cólico Menstrual Fuerte |  |
| Otros:  |  |

En caso afirmativo, indique los detalles del tratamiento habitual debe utilizar y una lista de cualquier medicamento que tome para esto:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

¿Sufre usted de cualquier otra condición física o emocional que le impide participar plenamente? (En caso afirmativo indique los detalles específicos):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

¿Ha tenido algún tratamiento médico o cirugía mayor en los últimos 2 años? (En caso afirmativo indique los detalles específicos)

|  |  |
| --- | --- |
| Si |  |
| No |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Medicación |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Va a estar tomando algún medicamento durante el evento? Por favor enliste los medicamentos que no son sean los mismo que usted ha mencionado antes)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |

|  |
| --- |
| Vacunas |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétanos?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Otras vacunas que tenga:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |  |

 |

|  |
| --- |
| Dieta Especial |

|  |
| --- |
| Si tiene alguna dieta especial, por favor especifique. (Marque con una X) |
| Vegetariana |  |
| Vegana |  |
| Seleccione cualquier alimento que no puede comer (Marque con una X) |
| Pollo |  |
| Res |  |
| Puerco / Cerdo  |  |
| Pescado |  |
| Huevos |  |
| Azúcar |  |
| Gluten |  |
| Lácteos |  |
| Otros:  |  |

Si usted tiene alguna alergia o intolerancias a algún alimento específicos u otros requisitos dietéticos especiales, indique los detalles:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Por favor, de un ejemplo de un menú; que usted consuma de forma regular:

|  |
| --- |
| Desayuno: |
| Almuerzo: |
| Cena: |
|  |

El personal de Nuestra Cabaña tratará de proporcionar comidas dentro de su requerimiento diario, sin embargo tenga en cuenta que en algunos casos esto puede ser difícil. Para ayudar a nuestro personal de cocina, por favor proporcione cualquier alimento especial que pueda necesitar que puede ser difícil de encontrar en México.

|  |
| --- |
| Declaro |

|  |
| --- |
| Yo, , como un adulto participante y / o padre / tutor con la custodia legal del participante mencionado anteriormente, entiendo que Nuestra Cabaña - Guías de México AC y la Asociación Mundial de las Guías Scouts no son responsables de los gastos médicos que puedan ser causados por un accidente o enfermedad, que puede ocurrir durante mi / su / su visita a Nuestra Cabaña. También soy consciente de los riesgos que son inherentes al programa y actividades que se desarrollan durante el evento. |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Participante: |  |
| Firma del Participante: |  |
| Nombre del Padre o Tutor : |   |
| Firma del Padre o Tutor: |   |
| Fecha: |   |

Reenviar este formulario a:

**nuestracabana@guiasdemexico.org.mx**