

SANTA FE MOUNTAIN CENTER, INC. (SFMC)

Registro del Participante, Forma para Librar Responsabilidad, y Forma de Reconocimiento de Información

Si usted tiene preguntas con respecto a esta forma, por favor llamar al SFMC al (505) 983-6158.

Esta forma de registro es un requisito para poder asistir en cualquier evento de SFMC. Debe ser firmada por el Participante o los padres/guardianes del participante menor de edad (menos de 18 años de edad). Participantes menores de edad deben de firmar dentro del cuadro en la ultima página.

Nombre del Participante: _____ Fecha: _____

Domicilio _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono de Casa: _____ Celular/Trabajo: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Género: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Edad: _____

Contacto de Emergencia: _____ Celular: _____

Relación al Participante: _____ # de Telefono de Casa: _____ # de Telefono de Trabajo: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

ANTECEDENTES DE LA INFORMACIÓN

El Santa Fe Mountain Center (SFMC) es un centro no lucrativo 501 (C)3 de aprendizaje individual. Desde 1979, nuestro programas han dirigido crecimiento personal basado en las experiencias y acción física. Puede ser que se les pida a los participantes ser sometidos mentalmente y físicamente en una serie de actividades de desafío, incluyendo colaborar con juegos, aumentar confianza, incitativa en resolver problemas, cursos de aventura de desafío, escalar roca, usar requetas de nieve, pasar la noche en campamento y/o tomar una excursion con metate. Durante y despues de las actividades, discusiones o imformativos seran basados sobre el entendimiento de comunicacion, relaciones personales, tecnicas para resolver los problemas, y areas de competencia. Nuestras fuerzas son basadas en permitir oportunidades para enriquecimiento y aumentar Resistencia para aquellos que participant en nuestra comunidad basada en trabajo terapeutico, educacional, innovador y progresivo. Para más información visite nuestro website al www.santa femc.org o llame al (505) 983-6158.

COMPRESIÓN/ ASUMIR RIESGOS

Durante algunos de las actividades puede ser que les pidan a los participantes tomar riesgos físicos y emocionales. El bien estar físico y emocional de los participantes siempre es una prioridad con los empleados de SFMC. A cada individuo se les da a escoger según su nivel de participación. Los tipos de riesgos posibles que pueden ocurrir varían significativamente y depende en la actividad y de el participante. Estos riesgos pueden incluir riesgos físicos como, corriendo, brincando, estirandose, levantando articulos pesados, y otros esfuerzos físicos en los cuales pueden resultar en tener un tirón en los músculos, torsesuras, tropezarse, huesos quebrados y otras lesions serias.

Riesgos emocionales puede que incluyan, contacto personal cercano, descubrimiento de sí mismo, confianza, dar/recibir soporte y expresar sentimientos de coraje, miedo, y/o afección.

Participantes o padres/guardianes de participantes menores de edad, reconocerán y admitarán que participando en el programa de SFMC hay riesgos físicos y emocionales. Participantes o padres de participantes menores de edad estarán de acuerdo que el centro SFMC se esforzará en proveer atención y cuidado razonable a la salud y comodidad de los participantes. Participante o padre/guardian de particioantes menores de edad, estará de acuerdo, asumir y aceptará todos los riesgos de lesiones, enfermedades, daños y pérdidas en las cuáles pueden sostener como resultado de la participación en cualquier o en todas las actividades conectadas y asociadas con el programa de SFMC.

Participantes o padres/guardianes de participantes menores de edad, estará de acuerdo, que los participantes deben estar libres de cualquier condición física, médica, y/o mental que pueda crear excesivo riesgo al participante o a otros. Si hay duda, el participante pedirá consejo médico antes de participar en el programa de SFMC. Participante o padres/guardian de participantes menores de edad estarán de acuerdo con informar a los empleados de cualquier situación que pueda poner en peligro al participante o a otros. Estas situaciones pueden incluir: a) equipo destrozado, b) sentirse enfermo o muy cansado y c) teniendo dificultad en amaestrar una habilidad. Participante o padre/guardian de participantes menores de edad, tambien deben de estar de acuerdo de seguir todas las reglas establecidas y reglamentos hechas por los empleados y deben entender que fallo a obedecer con estas reglas lo puedan despedir de la sesión.

Participante o padres/guardian de participantes menores de edad, también aceptará en permitir a los empleados del centro SFMC de transportar al participante de y a los sitios de programas y que tal actividad involucra los riesgos propios en viajar en vehiculo motorizado.

SEGURO DE MÉDICO

Participante o padres/guardianes de participantes menores de edad, representa que él o ella tiene seguro adecuado para cubrir cualquier lesión que sufra o daño que pueda causar el participante. En caso de que no haya seguro disponible, el participante o padres/guardianes de participantes menores de edad, aceptará a pagar costos de cualquier lesión o daño de él o ella. Participante o padres/guardianes de participantes menores de edad, aceptará asumir el riesgo de cualquiera condición médica o física que el participante pueda tener.

RENUNCIA DE DEMANDA LEGAL

Participante o padres/guardianes de participantes menores de edad, por este medio aceptará a indemnizar, renunciar, liberar y para siempre no hacer cargos al centro SFMC, a sus empleados, oficiales, administradores, directores, accionistas y contratistas de todas las demandas que resulten de este programa, ya sea causado por negligencia, incumplimiento de contrato o de cualquiera otro, por lesiones al cuerpo, muerte, daños de propiedad o pérdidas.

PARA PARTICIPANTES O PADRES/GUARDIANES DE PARTICIPANTES MENORES DE EDAD (SI EL PARTICIPANTE ES MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD):

He leído y entiendo los *Antecedentes de Información, Asumir Riesgos, y Renuncia de Demanda Legal, y Seguro Médico* en las secciones de este documento. Entiendo la naturaleza y riesgos de las actividades en el programa. Yo o mi hijo/a participante voluntariamente seleccione/o a participar en las actividades del programa. He leído cuidadosamente este acuerdo y entiendo su contenido y lo firmo por mi propia libertad. Estoy consiente que este acuerdo incluye libertad de responsabilidad y es un contrato obligatorio entre el centro SFMC y yo, y lo mismo será obligatorio para mis herederos, ejecutores, administradores y apoderados.

Adicionalmente si soy un padre/guardian de participante menor de edad ya expliqué la naturaleza de las actividades y riesgos involucrados en la participación con el centro SFMC.

Firma de Participante O Padre/ Guardian de Participante Menor de Edad

Fecha

LIBERACION DE GRABACIONES DE AUDIOVISUALES

(Esto es opcional)

En orden de proveer servicio de calidad, fotografías y/o grabaciones de video, pueden ser tomados en las sesiones de SFMC. Estas fotografías/cintas son usadas como parte del programa o para promover programas. Los participantes y/o empleados revisarán éstas fotografías/cintas como medio para explorar interacción personal y comportamientos. Las fotografías/videocintas serán destruidas siguiendo el involucramiento del participante en el programa sobre petición. Las fotografías/videocintas no serán usadas para ningún otro propósito relacionado con programas de SFMC. Permiso por escrito del participante en una forma de libertad separado.

Doy permiso y derecho al centro SFMC de usar y reusar y/o publicar materiales fotográficos y/o videográficos de mi persona o mi hijo/a mientras participando en programas del centro SFMC. Entiendo que estas fotografías y videocintas pueden ser usadas en escenas educativas y/o publicaciones profesionales y/o conferencias. Además entiendo que estos materiales pueden ser usados sin limitación reservación o compensación otro de recibir dado por este medio. Renuncio cualquier derecho de inspeccionar y/o aprobar la fotografía y/o videocinta. Además entiendo que mi nombre(s) y otras características de identificación (como: residencia, lugar de residencia, lugar de empleo y escuela) serán mantenidos confidencial. Cualquiera de estas características identificadas pueden aparecer en una fotografía o videocinta y serán omitidas. Este consentimiento es dado cualquiera fotografía y/o videocinta, las cuáles han sido tomadas, estarán por ser tomadas, o serán tomadas.

Firma de Participante O Padre/ Guardian de Participante Menor de Edad

Fecha

AUTORIZACIÓN CONFIDENCIAL DE HISTORIA MÉDICA PARA EL CUIDADO MÉDICO

Nombre del Participante: _____ Compañía de Seguro: _____

Nombre y número de teléfono de sus Médico: _____ Número de Póliza: _____

Por la naturaleza de alguna de las actividades individuos, es importante que el personal estén informados de todas las condiciones médicas del participante del potencial del programa. Si usted ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones o actualmente sufre de ellas, por favor cheque si o no junto al número y circule la condición física y/o detalles al lado de la pregunta. Use papel adicional si es necesario. Si usted tiene preguntas de estas declaraciones, consulte a su médico.

- | | <u>SI</u> | <u>NO</u> | |
|-----|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier problema de vista y oídos? Requiere lentes o aparatos para oír? _____ |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier problema de dientes? Usa dentadura o puentes? _____ |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones frecuentes de la garganta, amígdalas, sinusitis y oídos? _____ |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos crónica, bronquitis, saliva con sangre o asma? Usted usa inhalador? _____ |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Periodos con mareo, desmayo con convulsiones, dolores de cabeza con insistencia o problemas con movimiento? _____ |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de pecho con esfuerzo o respiración profunda? _____ |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Palpitaciones del corazón, latidos irregulares del corazón, murmullos del corazón y pobre circulación? _____ |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frecuente náusea o vómito, intolerancia a comida o acidez estomacal? _____ |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frecuente diarrea o sangre al defecar? _____ |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frecuentes calambres abdominales o hernia? _____ |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad o abnormal orina, arder o dolor al orinar o infección en el riñón o piedras? _____ |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor crónico en el cuello, espalda, hombros, brazos o piernas? _____ |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Huesos quebrados, dislocaciones, inchaduras, rigidez o dolor, serias torceduras, debilidad de músculos? _____ |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier lesión severa en la cabeza, pecho, órganos internos? _____ |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas crónicos de la piel (salpullido, infección)? _____ |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ALERGICO a medicinas, comidas, telas o picaduras de insectos? Carga epinephrine? _____ |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extrema claustrofobia, agorafobia, acrofobia (tiene mucho miedo de lugares encerrados o de lugares abiertos o alturas)? _____ |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Episodios de depresión, ansiedad, histeria o nerviosismo? _____ |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Excesivo y continuo uso de alcohol y drogas? _____ |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historia de diabetes, problema de tiroide, problemas de sangrado? _____ |
| 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reacción a temperaturas extremas, congelación? _____ |
| 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades severas y operaciones requiriendo hospitalización o prolongada incapacitación? _____ |
| 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACTÚALMENTE TOMANDO MEDICAMENTOS? Si es así, cuáles medicamentos? _____ |
| 24. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actual o reciente embarazo? Que tan reciente o cuantos meses de embarazo? _____ |
| 25. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fuma cigarros? Si es así, cuantos al día? _____ |
| 26. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Especiales restricciones de dieta? (ejemplo: vegetariano/intolerancia de lactosa?) _____ |

Comentarios:

Según mi conocimiento yo o mi hijo/a estoy (esta) capacitado(a) físicamente y mentalmente para participar en el programa del centro SFMC. Yo he (o he asistido a mi hijo/a) en completar la sección de historia médica con información y es exacta, completa, y verdadera según mi conocimiento. Si yo llegará a ser incapacitado (o mi hijo/a) llegará a enfermarse o lesionarse, doy permiso al personal de SFMC para dar los primeros auxilios y buscar emergencia médica y servicio de rescate para mi (o mi hijo/a).

Firma de Participante O Padre/ Guardian de Participante Menor de Edad

Fecha

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

Participantes en programas y actividades del centro SFMC tienen los siguientes derechos y responsabilidades.

Afirmación de los Derechos del Participante

1. Tengo el derecho a recibir competente y adecuados servicios en el programa.
2. Tengo el derecho a información con respecto a cuidados procedimientos, y tratamientos que seran proporcionados.
3. Tengo el derecho a recibir contestación a preguntas o asuntos relacionados a servicios proporcionados.
4. Tengo el derecho a participar en los planes de tratamiento de desarrollo individual y cualquier otras posteriores recomendaciones.
5. Tengo el derecho a tener conocimiento de las credenciales y experiencia del personal responsable de mi cuidado.
6. Tengo el derecho a recibir tratamiento con respeto por el personal.
7. Tengo derecho a recibir servicios respetando mi dignidad y proteger mi salud y seguridad.
8. Tengo el derecho a recibir servicios en cuanto a género, religión, raza, credo, nacionalidad o preferencia sexual.
9. Tengo derecho a información razonablemente de los beneficios y riesgos en todas las actividades del programa.
10. Tengo el derecho de rehusar a comprometerme en actividades que me causen sentirme en riesgo o inseguridad, ya sea físicamente o emocionalmente.
11. Tengo el derecho a estar libre de cualquier abuso físico o verbal.
12. Tengo derecho a mantenerme libre de restricciones físicas o procedimientos de descanso a menos que tales medidas sean requeridas con tal de que sea un tratamiento efectivo.
13. Tengo el derecho a confidencialidad, lo cuál quiere decir que cualquier información personal compartida con el personal de SFMC no puede ser revelada a nadie quién no este directamente asociado con SFMC, sin consentimiento firmado por el participante, o el padre/guardian del participante menor de edad (si es menor de 18 años). Excepciones de confidencialidad son:
 - a Referencias de corte
 - b Amenazas de dañar a sí mismo o a otros.
 - c Revelación de supuesto abuso o negligencia.
 - d Ceder información firmada a específicos o agencias.
14. Tengo derecho a pedir copias de expediente y reportes sobre de mi (a menos que de otra manera sea proveido por la ley).
15. Tengo derecho a iniciar una reclamación o trámites de agravio y recibir apropiada informacion acerca de estos trámites sobre petición.

Afirmación de Responsabilidad del Participante

1. Atendere todos las actividades del programa si hay alguna razón no puedo atender un programa, notificare al personal por adelanto.
2. Estoy de acuerdo en participar en todas las actividades en cualquier grado yo sea capaz.
3. Estoy de acuerdo de atenerme a reglas especiales (situacional) desarrolladas para asegurar la salud, seguridad o/y el bien estar de participantes y personal.
4. Leeré las pólizas arriba mencionadas sobre mis derechos.
5. No cargaré cuchillos, navájas, armas de fuego o cualquiera otra arma, mientras participando en las actividades en el programa.
6. Me absteneré el uso de drogas ilegales y el uso de alcohol mientras este envuelto con el centro SFMC.
7. Me absteneré de comentarios sexuales o contacto con otros participantes.
8. Estaré dentro una distancia en contacto verbal a menos que el personal ha sido notificado en breve de mi intencion de sobrepasar esa distancia.
9. Estoy de acuerdo con pagar cualquier propiedad dañada o pérdidas debido a negligencia o mal portamiento (uso normal y rompimiento lo exime de éste acuerdo).

He leído y entiendo que yo o mi hijo/a tiene estos especificos derechos y responsabilidades subrayadas en la sección de derechos y responsabilidades del participante. También entiendo que yo como participante (o como padre/guardian de participante menor de edad) tengo derecho a presentar un agravio si yo lo deseo así. Y si yo deseo presentar un agravio, una forma de presentar un agravio me será enviada dentro de cinco días hábiles de su petición, junto con los procedimientos subrayados para presentar un agravio. El agravio sera revisado tan pronto como es recibido por el SFMC y una respuesta por escrito será originada dentro de cinco días hábiles.

Firma de Participante O Padre/ Guardian de Participante Menor de Edad

Fecha

PARA EL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD (MENOS DE 18 AÑOS):

He leído (o me han explicado) y entiendo la naturaleza y riesgos del programa de actividades del centro SFMC. También entiendo y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades del participante en la lista de derechos y responsabilidades del participante en la seccion de este documento. Yo elegi voluntariamente participar en las actividades del programa.

Firma de Participante Menor de Edad

Fecha