

**MONTEREY BAY AQUARIUM**  
**RENUNCIA MÉDICA E INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**  
**PARA LAS MENORES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DEL ACUARIO**

Soy el padre, la madre, o el tutor o representante legal del menor/es cuyos nombres figuran debajo y tengo la capacidad y autoridad legal de actuar en su nombre. Firmo este formulario y documento adjunto de Contrato de renuncia y liberación de todo reclamo dando permiso a que lo/s menores participen en los programas del Acuario de la Bahía de Monterey que se mencionan debajo. Al firmar, indico estar de acuerdo con todas las condiciones relacionadas con la participación de la/s menor/es en este programa. Esto incluye (sin limitante) mis contratos de renuncia y liberación y el indemnizar y eximir a la Fundación del Acuario de la Bahía de Monterey y sus representantes de toda responsabilidad o reclamo.

Entiendo que el Acuario tomará precauciones razonables para prevenir accidentes, administrará primeros auxilios sencillos para todas las lesiones leves, y llamará a los padres o a un médico cuando sea necesario. Estoy enterado/a de que participar en el programa trae sus riesgos, y doy mi consentimiento voluntario a que la/s menor/es participen en este programa.

Confirmando que la/s menor/es goza/n de buena salud. A través de este documento doy mi consentimiento a los representantes del Acuario a suministrar toda atención de emergencia médica o dental recomendada por un proveedor médico debidamente licenciado. Entiendo que dicha atención podrá prestarse en cualquier condición necesaria para preservar el bienestar, un miembro o la vida de la/s menor/es.

Nombre(s) del (s) menor(es): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Programa y Fecha: "Day of Discovery" \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Si alguna de las siguientes afecciones se aplica al niño participante, es posible que se le aconseje no participar en el programa antes de que se le realice una evaluación adicional. Por favor encierre en un círculo toda situación que se aplique a él, y agregue una breve explicación a continuación.**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1) Catarro o congestión actuales  | 9) Hace poco fue sometido a una intervención quirúrgica o ha estado enfermo                               | 14) Problemas de la espalda recurrentes o cirugía de la columna vertebral    |
| 2) Infección del oído   | 10) Toma actualmente medicamentos que llevan una advertencia sobre cualquier impedimento físico o mental. | 15) Se encuentra bajo el cuidado de un médico o tiene una enfermedad crónica |
| 3) Afección del sistema nervioso  | 11) Historial de convulsiones, mareo o desmayos   | 16) Reacciones alérgicas   |
| 4) Historial de afecciones respiratorias  | 12) Historial de los senos nasales  | 17) Asma, enfisema, o tuberculosis actuales                                  |
| 5) Salud conductual, afecciones mentales o psicológicas                             | 13) Actualmente prescrito un inhalador <b>(ES OBLIGATORIO traer sus inhaladores al programa)</b>          | 18) Otro (Explique por favor)  |
| 6) Historial de afecciones cardíacas  |   | 19) Ninguno de estos me aplica   |
| 7) Problemas los oídos recurrentes, afecciones o cirugía del oído, tales como tubos |   |  |
| 8) Diabetes   |   |  |

**Explicación:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Entiendo que es posible que para las afecciones médicas anteriores y actuales se contraindique la participación del niño en esta actividad, además de que eleve el riesgo de sufrir lesiones tales como, entre otras, lesiones causadas por presión que afectan a los pulmones, los senos nasales y los oídos, ahogarse, pánico y demás lesiones graves o la muerte.**

Contactos de emergencia: Anote los nombres y números de teléfono.

Persona #1 \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Persona #2 \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Escriba el nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre, madre, tutor legal o representante autorizado durante el programa