

Nombre: _____ Titulo de Curso: _____

Teléfono de Casa: _____ Número de Celular: _____

Altura: _____ Peso: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Como estudiante de National Outdoor Leadership School (NOLS), su historia médica es importante para su propia seguridad y la de sus compañeros de curso. Mientras responda a las siguientes preguntas, tome en cuenta la descripción del curso en el que usted participará.

Si tenemos dudas al respecto, nos pondremos en contacto con usted antes de aprobar su formulario médico.

NOLS desinfecta las fuentes de agua en terreno con cloro, dióxido de cloro o hirviéndola. No todas estas técnicas son eficaces contra el criptosporidio. Personas con sistemas inmunológicos propensos deben considerar traer su propio sistema de filtración.

AL PARTICIPANTE: Por favor marca "SÍ" o "NO" en cada pregunta. Todas las preguntas deben ser contestadas. Si su respuesta es "SÍ," por favor provea detalles en el espacio determinado o anexe información adicional.

Historia Médica

Padece o tiene historia de:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Problemas respiratorios como asma? | SÍ | NO |
| <i>¿El asma se mantiene bajo control con un inhalador? ¿Qué provoca un ataque? ¿Cuándo fue el último episodio?</i> | | |
| <i>¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por esta condición?</i> | | |
| <i>Si la respuesta fue SI, favor de detallar:</i> | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

- | | | |
|-------------------------------------|----|----|
| 2.---¿Problemas gastrointestinales? | SÍ | NO |
|-------------------------------------|----|----|

- | | | |
|---------------|----|----|
| 3. ¿Diabetes? | SÍ | NO |
|---------------|----|----|

- | | | |
|---------------------------|----|----|
| 4. ¿Problemas sanguíneos? | SÍ | NO |
|---------------------------|----|----|

- | | | |
|---|----|----|
| 5. ¿Hepatitis u otras enfermedades hepáticas? | SÍ | NO |
|---|----|----|

- | | | |
|---|----|----|
| 6. ¿Problemas neurológicos? ¿Epilepsia? | SÍ | NO |
| <i>Comentarios específicos:</i> | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

- | | | |
|--|----|----|
| 7. ¿Algún problema de ataque? ¿Gran o petit mal? | SÍ | NO |
|--|----|----|

- | | | |
|------------------------------------|----|----|
| 8. ¿Mareos o historia de desmayos? | SÍ | NO |
|------------------------------------|----|----|

WORLD HEADQUARTERS

284 LINCOLN ST.
LANDER, WY
82520, USA
1.800.710.6657
NOLS.EDU
© 2017 NOLS

WORLDWIDE LOCATIONS

ALASKA / AUSTRALIA / EAST AFRICA / INDIA / MEXICO / NEW ZEALAND /
NORTHEAST / PACIFIC NORTHWEST / PATAGONIA / RIVER BASE /
ROCKY MOUNTAIN / SCANDINAVIA / SOUTHWEST / TETON VALLEY /
THREE PEAKS RANCH / WYSS CAMPUS / YUKON

9. ¿Migrañas? SÍ NO
¿Cuál es la frecuencia de éstas? ¿Cuándo fue el último episodio? ¿Que medicamento le prescriben?

10. ¿Problemas del aparato urinario o reproductivo? SÍ NO
11. ¿Alguna otra enfermedad o lesión? SÍ NO
 Detallar:

12. ¿Usted consulta a un médico o especialista de cualquier índole? SÍ NO
Si la respuesta es SI, indique el tipo de especialista, nombre y dirección del médico

13. ¿Usa algún tratamiento para dolores menstruales? SÍ NO N/A
14. ¿Está embarazada? SÍ NO N/A
15. ¿Tiene antecedentes de enfermedad cardiaca u otro factor de riesgo, como arterial coronaria, hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, angina, taquicardia, bradicardia o antecedentes de familiares inmediatos con muerte cardiaca temprana?(<50 años) SÍ NO
Dependiendo sus antecedentes médicos, factores de riesgo y edad, se puede requerir un electrocardiograma o exención de su cardiólogo.
Comentarios específicos:

16. ¿Tiene historia de lesiones en rodilla, cadera, tobillo, hombro, brazo o la columna (incluyendo esguinces) y/o cirugías? SÍ NO
Comentarios específicos:

17. ¿Lesiones a la cabeza? ¿Pérdida de conocimiento? ¿Por cuánto tiempo? SÍ NO
Comentarios específicos:

WORLD HEADQUARTERS

284 LINCOLN ST.
 LANDER, WY
 82520, USA
 1.800.710.6657
 NOLS.EDU
 © 2017 NOLS

WORLDWIDE LOCATIONS

ALASKA / AUSTRALIA / EAST AFRICA / INDIA / MEXICO / NEW ZEALAND /
 NORTHEAST / PACIFIC NORTHWEST / PATAGONIA / RIVER BASE /
 ROCKY MOUNTAIN / SCANDINAVIA / SOUTHWEST / TETON VALLEY /
 THREE PEAKS RANCH / WYSS CAMPUS / YUKON

18. ¿Padece de alguna condición física, cognitiva, o emocional que requiera de alguna consideración o ambiente especial? SÍ NO

Comentarios específicos:

19. ¿Acude actualmente a psicoterapia profesional? ¿Ha recibido tratamiento en el pasado? SÍ NO

Comentarios específicos:

20. ¿Tiene historia de adicción o abuso de drogas, depresión, trastornos alimenticios o suicidio? SÍ NO

Comentarios específicos:

21. ¿Padece de alguna alergia, ejemplo, a insecto, abeja, medicamento, comida, factor ambiental u otro? SÍ NO

Comentarios específicos:

22. ¿Tiene restricciones alimenticias? SÍ NO

Comentarios específicos:

23. ¿Está tomando o le han recetado algún medicamento en los últimos dos años? SÍ NO

Por favor liste abajo

Medicamento	¿Para cuál condición?	Dosis (cantidad y frecuencia)	Efectos secundarios/ Contra indicaciones

24. ¿Tiene historia de congelamiento de tejidos o enfermedades de altura? SÍ NO

25. Tiene historia de insolación u otra enfermedad relacionada al calor? SÍ NO

WORLD HEADQUARTERS

284 LINCOLN ST.
LANDER, WY
82520, USA
1.800.710.6657
NOLS.EDU
© 2017 NOLS

WORLDWIDE LOCATIONS

ALASKA / AUSTRALIA / EAST AFRICA / INDIA / MEXICO / NEW ZEALAND /
NORTHEAST / PACIFIC NORTHWEST / PATAGONIA / RIVER BASE /
ROCKY MOUNTAIN / SCANDINAVIA / SOUTHWEST / TETON VALLEY /
THREE PEAKS RANCH / WYSS CAMPUS / YUKON

26. ¿Tiene alguna rutina de ejercicio?

SÍ NO

<i>Actividad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Duración/Distancia</i>	<i>Nivel de intensidad (Suave/Moderado/Competitivo)</i>

27. ¿Fuma? Si es afirmativo ¿Cuánto fuma?

SÍ NO

Nota: No se permite fumar durante los cursos de NOLS

28. Habilidad de natación (ESCOJA UNO): No sé nadar _____ Nivel recreativo _____ Nivel competitivo _____

NOLS SUGIERE QUE TODO PORSTULANTE HAYA SIDO VACUNADO CONTRA EL TÉTANO DENTRO DE LOS 10 AÑOS PREVIOS AL INICIO DEL CURSO.

Juro que la información proveída en este formulario es completa y acertada de toda condición física o psicológica que pueda afectar mi participación en el curso. Reconozco que el hecho de no proporcionar dicha información podría resultar perjudicial para mí, mis compañeros e instructores del curso. Informaré a NOLS de cualquier cambio de salud antes de iniciar el curso. Basado en la información presentada al principio de este formulario, y en lo que yo sé o sospecho de mi salud física y psicológica, me considero capaz de participar en esto curso NOLS.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma de los padres o apoderados si el participante es menor de edad: _____

WORLD HEADQUARTERS

284 LINCOLN ST.
LANDER, WY
82520, USA
1.800.710.6657
NOLS.EDU
© 2017 NOLS

WORLDWIDE LOCATIONS

ALASKA / AUSTRALIA / EAST AFRICA / INDIA / MEXICO / NEW ZEALAND /
NORTHEAST / PACIFIC NORTHWEST / PATAGONIA / RIVER BASE /
ROCKY MOUNTAIN / SCANDINAVIA / SOUTHWEST / TETON VALLEY /
THREE PEAKS RANCH / WYSS CAMPUS / YUKON

UPDATED MARCH 7, 2019