

# FORMATO DE INSCRIPCIÓN



## DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_\_ M \_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_

Apellido materno \_\_\_\_\_ **F/ nacimiento** Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Sobrenombre (s) \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

E-mail Participante (opcional): \_\_\_\_\_ Celular Participante (opcional): \_\_\_\_\_

El participante vive con: Ambos Padres \_\_\_\_ Mamá \_\_\_\_ Papá \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Fechas del Camp:** \_\_\_\_\_

### **Domicilio**

Calle \_\_\_\_\_ Col. \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_ Población y Estado \_\_\_\_\_

Teléfono(s) \_\_\_\_\_

### **Nombre completo de los padres**

Sr. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono (s) oficina \_\_\_\_\_

Sra. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono (s) oficina \_\_\_\_\_

**E-mail Mamá** \_\_\_\_\_ **E-mail Papa** \_\_\_\_\_

### **Contacto secundario** (Favor de dar el nombre y dirección de otros parientes o **CONTACTOS DE EMERGENCIA**)

Nombre \_\_\_\_\_ Su relación con el participante \_\_\_\_\_

Teléfono (s) \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_

Col. \_\_\_\_\_ Población y/o Edo. \_\_\_\_\_

Marque si NO autoriza tomas fotográficas o videos para fines de comunicación de Lago y Tierra: \_\_\_\_\_

**“Lago y Tierra” se reserva el derecho de admisión.**

**COMO PADRE O TUTOR ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Lago y Tierra Campamento / Escuela Campestre, desde 1974

Aguiar y Seijas # 95, Col. Lomas de Chapultepec V Sección, C.P. 11000, CDMX

5584-8534 y 5584-2178

[www.lytcamp.org.mx](http://www.lytcamp.org.mx)

Socio Fundador Asociación Mexicana de Campamentos. Socio Activo de la International Camping Fellowship

# FORMULARIO MÉDICO



Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Sexo F  M

F/ nacimiento Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ El participante vive con: Ambos Padres  Mamá  Papá  Otro \_\_\_\_\_

Fechas del Camp: \_\_\_\_\_ Derechohabiente a: **IMSS**  **ISSSTE**  **Otro:** \_\_\_\_\_ **NSS:** \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Gastos Médicos Mayores: \_\_\_\_\_ No. De Póliza: \_\_\_\_\_ Teléfono de Aseguradora: \_\_\_\_\_

¿Ha estado el participante bajo tratamiento Psiquiátrico o Psicológico? (Es necesario saberlo para poder ser más sensibles a sus necesidades y requerimientos):  
Sí  NO  En caso de ser afirmativo favor de indicarnos los detalles:

Medicamento(s) a suministrar o tratamiento a seguir durante la estancia del participante en "Lago y Tierra":

Nombre del medicamento(s) \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

Si el participante requiere algún medicamento extra este deberá ser cubierto por el padre o tutor al finalizar el evento.

En el caso de mareo, doy autorización para que sea administrado Dramamine para el viaje en el autobús: Sí  NO

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (ENFERMEDADES MÉDICAS)

FAMILIARES				PERSONALES		
HIPERTENSIÓN	SI ( )	NO ( )	HIPERTENSIÓN	SI ( )	NO ( )	
HIPOTENSIÓN	SI ( )	NO ( )	HIPOTENSIÓN	SI ( )	NO ( )	
ANTECEDENTES DE INFARTO	SI ( )	NO ( )	ANTECEDENTES DE INFARTO	SI ( )	NO ( )	
SOPLO EN CORAZÓN	SI ( )	NO ( )	SOPLO EN CORAZÓN	SI ( )	NO ( )	
MIGRAÑA	SI ( )	NO ( )	MIGRAÑA	SI ( )	NO ( )	
EPILEPSIA	SI ( )	NO ( )	EPILEPSIA	SI ( )	NO ( )	
RINITIS	SI ( )	NO ( )	RINITIS	SI ( )	NO ( )	

Alergias: Sí  No  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR TRATAMIENTO Y MEDICAMENTO DE PRIMERA ELECCIÓN ANTE UNA EMERGENCIA MÉDICA POR ALERGIA:

Antecedentes de Cirugía, Traumatología o Posturales: Sí  No  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugía recientemente? Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún accidente donde tuviera que ser trasladado a algún hospital? Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna fractura, esguince o luxación? Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_

¿Hay algún padecimiento médico que impida la participante hacer actividad física? Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ Ha recibido la vacuna de tétanos Sí  NO  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ El participante ¿sabe nadar? Sí  No

¿Presenta problemas de espalda o cardíacos? SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

Problemas al comer \_\_\_\_\_

Problemas al dormir \_\_\_\_\_

## CASO DE EMERGENCIA

Nombre (1er Contacto) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre (2do Contacto) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

DECLARO QUE TODO LO INDICADO ARRIBA ES VERDAD, CUALQUIER OMISIÓN U OLVIDO DE ALGUNA ENFERMEDAD, INCAPACIDAD O PATOLOGÍA. DESLINDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD AL SERVICIO MÉDICO, ASÍ COMO AL CAMPAMENTO LAGO Y TIERRA. EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA, DESDE ESE MOMENTO AUTORIZO QUE SE REALICEN LOS PROTOCOLOS CORRESPONDIENTES DE ATENCIÓN Y DE TRASLADO COMO SERVICIO PRE HOSPITALARIO.

ATENTAMENTE,

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**"Lago y Tierra" se reserva el derecho de admisión.**

Lago y Tierra Campamento / Escuela Campestre, desde 1974  
Aguiar y Seijas # 95, Col. Lomas de Chapultepec V Sección, C.P. 11000, CDMX  
5584-8534 y 5584-2178 [www.lytcamp.org.mx](http://www.lytcamp.org.mx)

Socio Fundador Asociación Mexicana de Campamentos. Socio Activo de la International Camping Fellowship