

# Formulario de inscripción al programa

## INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

*Adventure Without Limits* (Aventuras sin límites) sirve a público de TODAS las habilidades y destrezas. El motivo que se le pide la siguiente información, es para que el personal pueda hacer las adaptaciones a sus necesidades en el programa de la manera más efectiva. Esta información será compartida con los instructores con los que usted pudiera tener contacto durante el programa. Por favor responda cada pregunta clara y honestamente.

### I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA:

Nombre \_\_\_\_\_

Por favor indique todos los viajes/excursiones en los que desea registrarse

Fecha: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Actividad: \_\_\_\_\_

### II. INFORMACIÓN PERSONAL:

Domicilio particular \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Otro (trabajo, celular, etc.) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Sexo: M / F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### III. INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA:

Persona de contacto \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono durante la tarde \_\_\_\_\_

Persona de contacto \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono durante la tarde \_\_\_\_\_

Nombre de su médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Cuenta usted con seguro médico? S / N

Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_

### IV. INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD:

Por favor marque todas las condiciones médicas pasadas y actuales que apliquen:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déficit de atención                                  | <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Amputación   | <input type="checkbox"/> Dislocaciones                    | <input type="checkbox"/> Retraso mental              |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia   | <input type="checkbox"/> Disreflexia                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental           |
| <input type="checkbox"/> Artritis   | <input type="checkbox"/> Epilepsia                        | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple         |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Síndrome alcohólico fetal        | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular          |
| <input type="checkbox"/> Autismo  | <input type="checkbox"/> Daño cerebral/cabeza             | <input type="checkbox"/> Discapacidad física         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio                              | <input type="checkbox"/> Defecto/enfermedad cardiaca      | <input type="checkbox"/> Convulsiones                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda                              | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/sordera    | <input type="checkbox"/> Apoplejía (ataque cerebral) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral                                   | <input type="checkbox"/> Hemofilia                        | <input type="checkbox"/> Problemas con el habla      |
| <input type="checkbox"/> Úlceras/lagas por presión                            | <input type="checkbox"/> Hiperactividad                   | <input type="checkbox"/> Espina Bífida               |
| <input type="checkbox"/> Retardo mental<br>( <i>Developmentally Delayed</i> ) | <input type="checkbox"/> Incontinencia                    | <input type="checkbox"/> Apoplejía (ataque cerebral) |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                                     | <input type="checkbox"/> Lesiones musculares              | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual/ceguera |
|   | <input type="checkbox"/> Dolor en coyunturas o ligamentos | <input type="checkbox"/> Otra _____                  |

Si usted marcó algún cuadro de la lista anterior, por favor describa o explique más ampliamente aquí:

---

---

---

---

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Reacciones: \_\_\_\_\_

Restricciones alimenticias: \_\_\_\_\_

¿Está tomando en la actualidad algún medicamento o tratamiento? S / N

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

(Adjunte a este formulario cualquier otra información de importancia relacionada con el medicamento).

## **V. COMUNICACIÓN:**

Yo me comunico:  Hablando  Con señales  Por medio de una tabla de imágenes  
 Señales visuales  Con gestos  Otro \_\_\_\_\_  
(*eye signals*)

## **VI. NECESIDADES PERSONALES:**

¿Utiliza alguno de los siguientes?  Muletas  Bastón  Audífonos/prótesis auditiva  Ciclomotor/Scooter  
 Andador  Silla de ruedas manual  Silla de ruedas eléctrica  Otros \_\_\_\_\_

¿Cómo puede nuestro personal ayudarlo para ir de un lugar a otro? \_\_\_\_\_

Anote cualquier asunto emocional o de conducta (nota: el hecho de proveer esta información NO limitará su participación). \_\_\_\_\_

## **VII. INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD:**

Experiencias al aire libre anteriores \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de equipo adaptativo utilizó (en caso de haber utilizado alguno)? \_\_\_\_\_

¿Qué tanta experiencia tiene en natación? Marque una:  No nadado  Regular  Buena  Excelente

Hago ejercicio:  Nunca  A veces  Con frecuencia  Todos los días

La condición física de mi parte superior del cuerpo es:  Pobre  Regular  Buena  Excelente

Mi condición física en general es:  Pobre  Regular  Buena  Excelente

Para poder preparar una excursión con anticipación a la fecha y hora de salida, nos es de mucha utilidad contar con el número de calzado y talla de vestuario que usted usa, de esa manera podemos conseguirle el equipo correcto y de acuerdo a sus medidas. Si usted recibe esta información una semana antes de la fecha de su excursión, por favor comuníquese con nosotros por teléfono para proveer esta información.

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Número de calzado \_\_\_\_\_

Talla de ropa: Camisa S M L XL Pantalón S M L XL