

RPT VOLUNTEER EMERGENCY/FORMA DE INFORMACIÓN MÉDICA

1. PARTICIPANTE/NOMBRE DEL VOLUNTARIO: _____

2. INFORMACIÓN DE PERSONA DE CONTACTO

☑ Nombre de la persona contacto y tipo de relación con el voluntario: _____

☑ Número de la persona contacto #1: _____

☑ Nombre de la persona contacto y tipo de relación con el voluntario: _____

☑ Número de la persona contacto #2: _____

3. INFORMACIÓN MÉDICA

A) ¿Tiene usted algún tipo de condición médica (i.e. medicamentos, lesiones recientes, operaciones recientes, alergias) que lo puedan afectar en el campo? _____

b) Si su respuesta es sí, explique por favor:

4. INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE VIDA

a) Nombre de la compañía: _____

b) Grupo o número de póliza: _____

STATEMENT OF IMPLIED CONSENT (please read):

En el caso de un accidente, lesión u otra situación de emergencia médica potencialmente mortal, Reserva Playa Tortuga y su personal tomarán todas las medidas necesarias para evacuar al herido del campo. Al firmar la Renuncia de responsabilidades por parte de Reserva Playa Tortuga al inicio del voluntariado, el consentimiento está implícito.

Firma del voluntario: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____