



“Proveer oportunidades a jovencitas de aprender sobre el oficio de los bomberos de parte de las mujeres en el oficio.”

¡Hola candidata! ¡Bienvenida a la Academia de Bomberos para Jovencitas del Condado de Linn!

Gracias por mostrar tu interés en la Academia de Bomberos para Jovencitas. Nuestra meta aquí en la academia es la de crear una atmosfera de diversión, interacción, apoyo e inspiración para que puedas aprender acerca de los pros y contras en el oficio de los bomberos. Si tendrás entre 16 y 19 años para el 13 de junio y vives en el estado de Oregon, eres elegible a aplicar para una de nuestras posiciones limitadas para la Academia de Bomberos del 2023. Si tienes interés en el oficio de los bomberos, o solamente quieres saber más sobre ello, ven y únete a nosotras. El costo es gratuito para todas las candidatas aceptadas y se llevara a cabo los días 8 y 9 de Julio de las 0830 a 1730 (8:30 am a 5:30 pm) los dos días. Tenemos una lista de valiosas clases en proceso que abarcan muchas destrezas para triunfar en el oficio de los bomberos, incluyendo; sofocación de incendios, servicios de emergencias médicas, destrezas de entrevista, asesoría para aplicaciones y currículum, extricación de vehículo, destreza física, habilidades técnicas, trabajo en equipo y aptitudes de liderazgo, entre otras muchas cosas más.

La academia está diseñada a ser divertida, retadora, entretenida y educativa; todo esto al mismo tiempo. Queremos que tú al igual que todas las candidatas aprendan lo que se requiere para ser un bombero, guiarte para cumplir tus metas, y darte las herramientas para tener éxito en la vida. Muchas de las destrezas aprendidas en la Academia, se transaccionarán a cualquier profesión que decidas seguir.

Si la Academia suena como algo en lo que estarías emocionada a participar, por favor aplica. En este paquete están todas las formas requeridas para que puedas iniciar. Por favor toma el tiempo para leer cuidadosamente para llenar las formas y documentos que son necesarios. Toma nota de que hay unas formas especiales a llenar si eres menor de 18 años, y otras formas a llenar si tienes 18 o eres mayor de 18 años. Una vez llenadas las formas, necesitaras enviarlas por correo o pasar a dejárnoslas de lunes a viernes de 0800 a 1630 (8:00 am a 4:30 pm) a nuestras oficinas del centro en el edificio MBVA (550 S. Main Street, en Lebanon). Las formas También pueden ser entregadas a el departamento de bomberos de Halsey (740 W 2<sup>nd</sup> Street, Halsey) **Todos los documentos deberán ser entregados a más tardar el Jueves 27 de abril del 2023 y serán recibidos hasta las 16:30 (4:30pm)** También puede ser electrónicamente enviado por correo electrónico a [enunes@lebanonfire.com](mailto:enunes@lebanonfire.com). No serán aceptadas las aplicaciones que estén incompletas o tardías.

Documentos requeridos:

- Aplicación
- Reglas de la Academia de Bomberos
- Historial de salud y Forma de contactos en caso de emergencia
- Autorización y Liberación de Declaraciones

Por favor envía tu sobre a:

**Linn County Young Women's Fire Academy  
c/o Lebanon Fire District  
Attn: Lieutenant Erin Nunes  
1050 W. Oak Street  
Lebanon, Oregon 97355**

¡Buena Suerte! ¡Esperamos verte este verano!

# Términos y Condiciones de la Academia de Bomberos

*Todas las candidatas deberán revisar este documento. Si eres menor de 18 años, por favor pídele a tus padres o tutor legal que lo revise.*

## RECOMENDACION PARA LOS PADRES

Permita a la candidata llenar todas las formas, ya que esto es similar a una aplicación en este oficio de los bomberos.

## MEDICO/MEDICAMENTOS

En la Academia tenemos personal entrenado en Servicios de Emergencia Médica que va del nivel Técnico hasta Paramédico. No administraremos ningún medicamento a la candidata que no haya sido proveído por los padres o tutores legales y que no vengan en su envase original junto con la dosis indicada. No se le permitirá a las candidatas tener ningún tipo de medicamento en su poder. Nuestra medico administrara todos los medicamentos necesarios tal y como se indica en la etiqueta de prescripción. En caso de una lesión o enfermedad bastante seria justificara el uso de nuestros protocolos operacionales bajo la dirección de nuestro director médico, el estatus de la candidata cambiara de “candidata” a “paciente” y que podría resultar en traslado a la sala de emergencia de un hospital. Intentaremos comunicarnos con los padres o tutores antes de cualquier asistencia médica sea proveída.

## CODIGO DE VESTIMENTA

Las candidatas deberán vestirse de acuerdo con el clima pronosticado para ese día. Se requerirá de pantalones largos ya que estaremos arrastrándonos un poco. Aunque intentamos nuestro mejor esfuerzo en controlar la temperatura en el salón de entrenamiento donde las clases se imparten, en ocasiones el salón puede sentirse frio. Si la candidata es friolenta por naturaleza, por favor envíe una chamarra ligera con ella. El primer día se proveerá una playera del campamento. Las candidatas vestirán la playera durante todo el curso del campamento. Se requiere que las candidatas calcen zapatos (cerrado) que cubran los dedos de los pies y utilicen calcetas todo el tiempo.

Para que una candidata pueda asistir a la Academia de Bomberos deberá depender de ella misma o de otro adulto para su transportación diaria. Por lo tanto, habrá algo de tiempo invertido por parte de los padres o tutores de las candidatas.

## HORARIOS DE LA ACADEMIA

*Sábado y Domingo de 0830 a 1700 (8:30 a.m. a 5:30p.m.) Las candidatas podrán ser dejadas en la locación del campamento después de las 0800 (8:00 a.m.) y deberán ser recogidas no más tarde que las 1730 (5:30 p.m.).*

El desayuno y almuerzo será proveído a todas las candidatas. Se recomienda a todas las candidatas a tener una buena noche de descanso ya que estaremos haciendo mucha actividad física.

## TERMINOS DE INSCRIPCION

- Las candidatas deberán seguir las Reglas de la Academia o serán **despedidas sin ser evaluadas**.
- Las candidatas no deberán traer ningún objeto de valor al programa, incluyendo joyería, dinero, tabletas.
- No se permitirán **teléfonos celulares** en el campamento. Habrá un teléfono disponible solo para llamadas necesarias.
- La Academia **NO** se hará responsable por objetos perdidos. El personal ha sido instruido a **NO** guardar ningún objeto de las candidatas
- Cada día las candidatas deberán calzar **zapatos deportivos (tenis) que cubran los dedos de los pies**. (no sandalias)
- Las candidatas deberán vestir **ropa de deporte** (apropiada para el clima)
- **Pantalones shorts** no se recomiendan porque las botas pueden rozar feo las espinillas de las piernas.

- Las candidatas deberán traer ropa apropiada para mojarse y deberán traer una toalla para el fin del día.

## Reglas de la Academia de Bomberos

1. La candidata se compromete a asistir los dos días de la Academia, y estar dispuesta a recibir instrucción, aprender nuevas cosas y a participar en todas las actividades.
2. Ninguna menor de 18 años podrá salir del campamento sin permiso alguno. Si necesitas salir, requerirás de un permiso por escrito. Si alguna candidata(s) sale, será(n) enviada(s) a casa.
3. No se permite alcohol, fuegos artificiales, armas, tabaco o drogas en el campamento. Documenta tus medicamentos con el personal de salud. Las infractoras serán enviadas a casa.
4. Todas las candidatas deberán estar en sus respectivas locaciones asignadas en todo momento.
5. Las candidatas que traigan un carro al campamento lo deberán dejar estacionado durante la academia.
6. No se permitirá a las candidatas meterse con las pertenencias de otras.
7. Las candidatas podrían recibir un cargo económico por cualquier daño físico a las instalaciones y/o daño al equipo de los cuales son responsables.
8. No se les permitirá a las candidatas tener teléfonos celulares durante la Academia. Habrá un teléfono disponible solo para llamadas necesarias.
9. Las candidatas deberán seguir todas las reglas de salud y seguridad.
10. La Academia de Bomberos para Jovencitas no se hace responsable por la pérdida, robo o daño de artículos personales traídos al campamento. **Favor de dejar tus artículos de valor en casa.**
11. Programas y actividades ofrecidos por la academia están disponibles para todas las personas sin importar la raza, color, sexo, discapacidad, religión, edad, estatus de veterano, creencias políticas, orientación sexual, nacionalidad de origen, estado civil o familiar.

*Al firmar esta forma certificas que has leído y aceptas las reglas:*

Nombre de la candidata: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la candidata: \_\_\_\_\_

*Si la candidata es menor de 18 años, pide a tus padres o tutor legal firmar abajo:*

Nombre del Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/tutor: \_\_\_\_\_

## Academia de Bomberos para Jovencitas del Condado de Linn



# Aplicación de la Candidata

**Nombre:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre      inicial del segundo Nombre      Apellido

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número y Calle      Ciudad      Estado      Código Postal

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Tu edad para el 8 de Julio 2023:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Licencia de manejo:** ¿Tienes una licencia de manejo valida o una tarjeta de identificación?  Si  No

Número de licencia de manejo o número de ID: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Preparatoria:** \_\_\_\_\_ **GPA:** \_\_\_\_\_ **Año de graduación:** \_\_\_\_\_

**Universidad:** \_\_\_\_\_ **GPA:** \_\_\_\_\_ **Año de graduación:** \_\_\_\_\_

**\*Nota: ¡un GPA bajo NO te excluirá de poder participar!**

La Academia de Bomberos para Señoritas proveerá una playera unisex y equipo personal de protección para todas las asistentes. Solo te podrás quedar con la playera. Por favor escribe tus tallas abajo.

Talla de playera (unisex): \_\_\_\_\_ Talla de botas (mujer): \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

**Por favor responde a todas las preguntas a ser consideradas:**

¿Como supiste de la Academia de Bomberos para Jovencitas?

¿Qué es lo que te interesa sobre los oficios de bomberos/emergencia?

¿Estás envuelta en alguna actividad de voluntariado? Si respondes si, por favor explica en que.

¿En qué deportes, pasatiempos u otras actividades estas interesada?

¿Has asistido a algún evento como este anteriormente? (esto no te excluiría de participar este año)

Experiencia en servicios de emergencia o bomberos NO es requerida para participar en la Academia. Animamos a las aspirantes a aplicar no importando el nivel de experiencia. De todas formas, si tienes experiencia previa, por favor explica.

¿Qué es lo que te gustaría adquirir durante esta experiencia en la Academia de Bomberos para Jovencitas?

**Por favor responde a las siguientes preguntas en un documento por separado e inclúyelo con esta aplicación.**

Por favor describe una persona en tu comunidad o en el mundo a quien admiras. ¿Cuáles son las cualidades que te hicieron elegir a esta persona? ¿Como esperas desarrollar estas cualidades en ti misma? Descríbelo en 100-200 palabras.

**¿Actualmente tienes 18 años o más?**

**Si** – Por favor lee la declaración abajo y fírmala.

**No** – Por favor lee la declaración abajo y fírmala, pide a tus padres/tutor legal que la firmen también.

**Declaración:**

*Con mi firma abajo, Certifico que todas las respuestas y declaraciones en esta aplicación son ciertas e integra hasta donde entiendo. Entiendo que mi aplicación podría ser rechazada o rescindida de la Academia de Bomberos para Jovencitas del Condado de Linn si es que una investigación revela que las respuestas son falsas o engañosas. Además, autorizo a mi escuela/escuela de mi hija a liberar información que sea necesaria para verificar las declaraciones de los logros académicos.*

*Además, La Academia de Bomberos para Jovencitas del Condado de Linn es un programa libre de drogas. Si la candidata está bajo sospecha de estar bajo la influencia de alcohol u otra sustancia que altere la mente, la candidata y los padres/tutor legal de la misma, aceptaran a someterse a un examen de alcohol/drogas. La Academia de Bomberos para Jovencitas del Condado de Linn se reserva el derecho a negar la participación a candidatas quienes estén física o psicológicamente capaz de terminar las tareas de una forma segura.*

**Nombre de la candidata:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

Si la candidata es menor de 18 años, y al firmar esta aceptas la declaración mostrada arriba y da permiso a la aplicante a aplicar para la Academia de Bomberos para Jovencitas del Condado de Linn. También esta acordando que toda la información proveída por la candidata es cierta e integra.

**Nombre del Padre/Tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

# Autorización y Liberación de Declaraciones para Adulto

*Llenarlo solo si la candidata tiene 18 años o es mayor de 18 años*

## **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS MEDICAS:**

Yo, \_\_\_\_\_, asimismo doy permiso a la Academia de Bomberos para Jovencitas del Condado de Linn (la cual será llamada "la Academia" en este documento) a sus empleados y voluntarios a solicitar tratamiento de emergencias médicas para mí de acuerdo con las políticas de la Academia.

Entiendo que se hará todo el esfuerzo posible para comunicarse con mis contactos de emergencia previo a la solicitud de cuidado médico para mí.

\_\_\_\_\_  
Firma de la candidata Fecha: \_\_\_\_\_

## **LIBERACION Y EXENCION DE RESPONSABILIDADES PARA ADULTOS Y DECLARACION DE NO CULPABILIDAD POR LA PARTICIPACION EN LA ACADEMIA DE BOMBEROS PARA JOVENCITAS DEL CONDADO DE LINN.**

Entiendo que hay ciertos riesgos envueltos con la participación en las actividades señaladas por la Academia. En representación de mí misma abajo identificada, por la presente LIBERO, DESCARGO Y ACEPTO NO CULPAR a la Academia, A SUS OFICIALES, AGENTES, VOLUNTARIOS, ASISTENTES Y EMPLEADOS, de cualquier y de cada alegación, demanda o acción de cualquier tipo debido a una lesión física, enfermedad, muerte y/o daño a propiedad como resultado de cualquier incidente el cual me pueda ocurrir como resultado por mi participación en las actividades de la Academia. Esta LIBERACION Y EXENCION DE RESPONSABILIDADES Y DECLARACION DE NO CULPABILIDAD no aplica si tal lesión, enfermedad o daño causado por la terquedad, irresponsabilidad o negligencia de la Academia, sus oficiales, agentes, voluntarios, asistentes o empleados.

\_\_\_\_\_  
Firma de la candidata Fecha: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACION DE USO DE FOTOGRAFIAS**

Para promover más afectivamente los programas y actividades patrocinadas por la Academia, la Academia solicita el permiso de las participantes del programa y actividades a fotografiar a las participantes y su(s) hija/hijas/pupila(s) participando en programas del condado.

Favor de llenar la siguiente sección:

Yo, \_\_\_\_\_, permito a la Academia a tomarme fotografías y utilizarlas para el propósito de promover los programas y actividades de la Academia. Esto incluye permiso para publicar fotografías de mí para tal propósito. Entiendo que tales fotografías de mí permanecerán como propiedad de la Academia.

\_\_\_\_\_  
Firma de la candidata Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la candidata \_\_\_\_\_

# Autorización y Liberación de Declaraciones para Menores

*Llenarlo solo si la candidata es menor de 18 años*

## **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS MEDICAS:**

Como padre o tutor legal de \_\_\_\_\_, asimismo doy permiso a la Academia de Bomberos para Jovencitas del Condado de Linn (la cual será llamada "la Academia" en este documento) y a sus empleados y voluntarios a solicitar tratamiento de emergencias médicas para hija o de la niña de la cual tengo custodia legal, y quien es nombrada arriba.

Entiendo que se hará todo el esfuerzo posible para comunicarse con mis contactos de emergencia previo a la solicitud de cuidado médico para mi hija.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

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

## **LIBERACION Y EXENCION DE RESPONSABILIDADES PARA MENORES Y DECLARACION DE NO CULPABILIDAD POR LA PARTICIPACION EN LA ACADEMIA DE BOMBEROS PARA JOVENCITAS DEL CONDADO DE LINN.**

Entiendo que hay ciertos riesgos envueltos con la participación en las actividades señaladas por la Academia. En representación de mí hija menor de edad abajo identificada, por la presente LIBERO, DESCARGO Y ACEPTO NO CULPAR a la Academia, A SUS OFICIALES, AGENTES, VOLUNTARIOS, ASISTENTES Y EMPLEADOS, de cualquier y de cada alegación, demanda o acción de cualquier tipo debido a una lesión física, enfermedad, muerte y/o daño a propiedad como resultado de cualquier incidente el cual pueda ocurrir a mi hija menor de edad como resultado por la participación de mi hija menor de edad en las actividades de la Academia. Esta LIBERACION Y EXENCION DE RESPONSABILIDADES Y DECLARACION DE NO CULPABILIDAD no aplica si tal lesión, enfermedad o daño causado por la terquedad, irresponsabilidad o negligencia de la Academia, sus oficiales, agentes, voluntarios, asistentes o empleados.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

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

## **AUTORIZACION DE USO DE FOTOGRAFIAS**

Para promover más afectivamente los programas y actividades patrocinadas por la Academia, la Academia solicita el permiso de las participantes del programa y actividades a fotografiar a las participantes y su(s) hija/hijas/pupila(s) participando en programas del condado.

Favor de llenar la siguiente sección:

Yo, \_\_\_\_\_, el padre o tutor legal de \_\_\_\_\_, permito a la Academia a tomar fotografías de mí y mi hija(s) y utilizarlas para el propósito de promover los programas y actividades de la Academia. Esto incluye permiso para publicar fotografías de mí para tal propósito. Entiendo que tales fotografías de mí permanecerán como propiedad de la Academia.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

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



Nombre del Padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Nombre de la menor \_\_\_\_\_

## Historial de Salud y Forma de Contactos en Caso de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad para la fecha del evento: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia #1:** Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono:(    ) \_\_\_\_\_ Cell: (    ) \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia #2:** Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono:(    ) \_\_\_\_\_ Cell: (    ) \_\_\_\_\_

**Información del seguro:** ¿Tiene cobertura familiar por un seguro médico/hospital?  Si  No

Si tiene, indique el nombre del seguro o nombre del plan \_\_\_\_\_  
# de Grupo \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

**Alergias:** Anote todas las que sepa. Describa la reacción y el manejo de la reacción.

Alergias a medicamentos (lista)	Alergias de alimentos (lista)	Otras alergias (lista) incluyendo picaduras de insectos, fiebre de heno, asma, pelo de animal, etc.

**No como** (circula lo que aplique):   Carnes rojas   Puerco   Productos lácteos   Huevos   Otros

Describe si hay otras: \_\_\_\_\_

**Importante – Esta sección deberá ser llenada por la participante para poder asistir.**

Entiendo que mientras todos los esfuerzos razonables se realizaran para proveer un ambiente seguro, ciertos riesgos están envueltos. Entiendo que La Academia de Bomberos de Jovencitas ("La Academia"), oficiales, empleados y agentes no son responsables en caso de lesión accidental o enfermedad. Por la presente mas allá entiendo que en caso de lesión seria o enfermedad, mi contacto de emergencia será notificado. Si no es posible contactar a ninguno de mis contactos de emergencia, por la presente doy permiso para tratamiento de emergencia o cirugía de acuerdo con la recomendación del médico que atiende. Este historial de salud es correcto e integro hasta lo que entiendo, y la persona aquí descrita tiene el permiso de participar en todas las actividades de la Academia excepto como se ha señalado. Por la presente doy permiso a la Academia a proveer servicios de salud de rutina, administrar medicamento prescrito, y buscar tratamiento medico de emergencia incluyendo la orden de rayos-X o exámenes de rutina. Estoy de acuerdo en arreglar la liberación de cualquier archivo(s) necesario(s) para el tratamiento, referencias, cobros, o propósitos de seguro. Doy permiso a la academia de hacer los arreglos para mi transportación. En caso de que uno de mis contactos de emergencia no pueda ser localizado en caso de una emergencia, por la presente doy permiso al médico elegido por el campamento para asegurar y administrar tratamiento, incluyendo mi hospitalización. Esta forma llenada podría ser fotocopiada para los viajes fuera de las instalaciones

Firma de la Candidata: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/tutor legal (para menor de 18): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Medicamento que estas tomando:**

Por favor nombra **TODOS** los medicamentos (incluyendo los medicamentos de venta libre o medicamento sin receta médica) que tomas al día. Trae suficiente medicamento para que te dure todo el tiempo que durara el evento. Manténlo en su empaque/envase original que identifica la prescripción médica (si es un medicamento prescrito), nombre del medicamento, dosis, y frecuencia que se debe administrar.

**NO** tomo medicamento como rutina diaria.

**Tomo medicamento(s)** de la siguiente manera:

Medicamento #1 \_\_\_\_\_ Dosis y hora especifica que se toma cada día \_\_\_\_\_

Razón porque la toma \_\_\_\_\_

Medicamento #2 \_\_\_\_\_ Dosis y hora especifica que se toma cada día \_\_\_\_\_

Razón porque la toma \_\_\_\_\_

- Adjunte paginas adicionales para los otros medicamentos.
- Mencione cualquier otro medicamento que haya sido tomado durante el ciclo escolar, pero que no será tomado durante el verano.

**Preguntas Generales:** (Explica abajo si respondes Si a alguna pregunta)

Sí No

Sí No

**La participante ha/tiene**

1. ¿Tenido alguna lesión, enfermedad o enfermedad infecciosa reciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿tenido la presión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene una enfermedad o condición crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Sido diagnosticada con soplo cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sido hospitalizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Tenido problemas de espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sido operada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Tenido problemas con sus articulaciones? (Rodillas, tobillos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Tiene un aparato ortodóncico que trajo al evento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tenido una lesión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Problemas con la piel? (comezón, irritación, acné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Golpeado y quedado inconsciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Tiene diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Lentes, lentes de contacto o protección visual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Tiene asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tenido infecciones del oído frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿Tenido mononucleosis en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Desmayado durante o después de ejercitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Tenido problemas de diarrea/constipación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Sentido mareada durante o después de ejercitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Si es mujer, tiene historial de menstruación anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿tenido convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Tenido desorden alimenticio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿tenido dolor de pecho durante o después de ejercitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Tenido problemas emocionales que haya requerido pedir ayuda profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor explica si respondiste "Si" a cualquiera de las preguntas, anota el numero de la pregunta.

# \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_

Utiliza este espacio para proveer cualquier otra información adicional de la participante sobre su comportamiento, estado físico, emocional o de salud mental del cual la Academia debería saber.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Medico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_