
Bienvenidas al Instituto Silvestre para Mujeres (“The Women’s Wilderness Institute”!)

Nos alegra su interés en el Curso para Mujeres. Esperemos que al completar esta solicitud este tomado un primer paso en una aventura divertida y excitante.

Este paquete les proporcionará más información sobre el curso que le interesa y además los formularios que deben completar y enviar de vuelta.

- **Formulario de inscripción**

Este formulario contiene información básica sobre el participante y sus padres. También información sobre la aseguranza necesaria. Es importante que el participante y sus padres completen el formulario. Es posible completarlo en línea y hacer los pagos en www.girlswilderness.org

- **Questionario**

Las respuestas a estas preguntas nos ayudaran a conocer al grupo que esta aplicando a determinado curso y asi poder planear mejor.

- **Formulario Médico**

Es muy importante que este formulario sea completado honestamente y en su totalidad. Existen multiples condiciones médicas que puedes ser manejados en el campo, es por su seguridad que debemos conocer las condiciones médicas de los participantes.

- **Aceptación de riesgos**

La seguridad de todos los participantes es una prioridad importante para nosotros. Es importante que el participante y los padres lean esta información cuidadosamente para poder entender los riesgo inherentes en las excursions silvestres. Por favor llamenos con preguntas.

- **“Entiendo que”**

Es importante que uno complete el curso en su totalidad, es por esto que queremos que comprendan la realidad aventurera de una excursión silvestre.

- **Formulario Médico para su Doctor**

El Estado de Colorado requiere que toda organización que proporciona programas para menores de 18 años tengan un formulario firmado por un Doctor o Enfermera “Nurse Practitioner”. Este formulario debe atestar a la salud física de cada participante para poder tomar parte en actividades físicas intensas. Este formulario debe ser enviado no menos de dos semanas antes del curso.

También es necesario tener un registro de vacunas de todo los participantes. Las escuelas deben tener este documento es sus registros. Por favor, piden que la enfermera en su escuela les proporcione una copia para poder enviarnos.

Los cursos se asignan por orden de llegada de las solicitudes. Para poder entrar en el curso de su preferencia, por favor haganos llegar los formularios lo mas pronto posible. Podemos reservar su espacio en el curso una vez que recibimos todos los formularios en este paquete y el deposito de \$60 o el pago completo. Lea el formulario de inscripción para mas información sobre el pago del curso.

Tan pronto como se acepte su inscripción, le enviaremos más información sobre como preparase para el curso, las cosas que deben traer y cuando sera la reunión de preparación.

Entendemos que deben surgir muchas preguntas durante la preparación para el curso, por favor llamenos al 303-938-9191 y los atenderemos con gusto. También podemos hacer una cita para atenderlos en nuestra oficina o para que puedan disfrutar de un video sobre el programa.

Nos vemos pronto!

Heather Mann, Coordinadora de Inscripciones

Querido Padre de familia,

Participar en una excursión silvestre puede ser parte de una etapa especial en el desarrollo de su hija. Al mismo tiempo, como padre, dejar que su hija participe en esta experiencia es un acontecimiento especial. Sabemos que debe tener preguntas y preocupaciones sobre el bienestar de su hija al participar en este programa. Es por esto que invitamos a que nos llame con cualquier pregunta o información sobre su hija que quisiera compartir con nosotros.

Animamos a todos los padres participar en la reunión para padres de familia que toma lugar en la última media hora de la reunión la noche antes de cada curso. En esta reunión daremos información de como Uds. pueden ayudar a que su hija se prepare para el curso, contestar preguntas de último momento y proporcionar información logística sobre el viaje. También están invitados a acompañar a su hija a la reunión informativa. Estas reuniones se realizan en Marzo-Mayo. Por favor llámenos para las fechas oficiales.

Detalles que quisieran saber sobre nuestro programa “Excursiones Silvestres para Mujeres” (“Girls’ Wilderness Program”):

- Nuestras reglas de seguridad están basadas en las guías establecidas por organizaciones líderes en excursiones de “aventura silvestre”. Todo personal de campo está certificado como Wilderness First Responders (Atención primaria en áreas silvestres) – estas personas han completado un curso intensivo de 80 horas diseñado para el ambiente del “campo silvestre”. Estamos por empezar nuestra décima temporada de programas para mujeres, más de 500 niñas han completado este programa sin incidentes mayores.
- Como director del programa he acumulado 15 años de experiencia en programación de viajes silvestres. Igualmente contrato y entreno a todo el personal de campo. Nuestro personal de campo está compuesto de mujeres con amplia experiencia en viajes silvestres y como guías en excursiones de este tipo. En nuestro programa dos mujeres adultas acompañan a cada grupo de 8 a 10 participantes.
- El programa “Excursiones Silvestres para Mujeres” no es “terapia silvestre”. El programa está diseñado para proporcionar una experiencia única y promover la confianza propia en cada uno de los participantes. No utilizamos métodos disciplinarios punitivos o confrontacionales. Esperamos que el programa proporcione un impacto significativo sobre la confianza y fortaleza personal, al igual que en las relaciones interpersonales de los participantes. Nuestra intención no es “tratar” problemas psicológicos o de comportamiento. Al mismo tiempo, nuestro personal de campo tiene el entrenamiento para controlar las situaciones y dificultades que frecuentemente deben enfrentar las adolescentes.

Estamos entusiasmados por la oportunidad que le podemos ofrecer a su hija y queremos tomar en consideración sus preguntas y opiniones durante este periodo de preparación. Por favor llámenos con cualquier pregunta!

Sinceramente,

Jody Radtke
Director del Programa



Formulario de Inscripción
Girls' Wilderness Program

Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad al inicio del curso _____
Dirección _____	Ciudad/Estado/ZIP _____	
Teléfono - Día () _____	Correo electrónico _____	
Teléfono - Noche () _____	Teléfono Celular () _____	
La escuela de este año _____	La escuela de próximo año _____	
Curso _____	Fechas _____	

¿Cómo escucho de este programa o de The Women's Wilderness Institute? (marque los correctos)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catálogo por correo | <input type="checkbox"/> Cliff Notes e-newsletter | <input type="checkbox"/> Presentación en la escuela: |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Otro participante | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Otro evento: _____ | <input type="checkbox"/> Catálogo en una tienda: |
| <input type="checkbox"/> Propaganda, que periódico: _____ | <input type="checkbox"/> Calendario de actividades en un periódico | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Artículo en un periódico: _____ | <input type="checkbox"/> Clínica en una tienda: _____ |

Padre #1

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono-Día _____

Teléfono-Noche _____

Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Padre #2

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono-Día _____

Teléfono-Noche _____

Teléfono Celular _____

Correo electrónico _____

**En caso de emergencia,
debe contactar a** _____

**Relación con
participante** _____

Teléfono – Día () _____

**Teléfono-
Noche** () _____

**Teléfono
Celular** _____

**Otra
información** _____

Nota: Cada participante es responsable de los gastos médicos por enfermedad o lesiones sufridas durante o como producto del curso y debe tener cobertura por su propio seguro médico.

Compañía de Seguro _____
Dirección de Compañía de Seguro _____

Número de Poliza o
Certificado _____

¿Su compañía de seguro requiere pre-autorización?

Sí No

Si contesta sí,
indique el número
de telefono de la
compañía _____

¿Existen otras personas, aparte de los padres o contacto de emergencia, que estan permitidas recoger a su hija después del curso u otras reuniones?

- NO, nadie más puede recoger a mi hija.
 Sí, las siguientes personas pueden recoger a mi hija.

¿Hay alguna actividad específica del curso en que no desean que su hija participe?

Un depósito no retornable de \$60 debe ser enviado para reservar un lugar en el curso. El resto del pago debe ser pagado 2 meses antes del inicio del curso. De ser menos de 2 meses antes del inicio del curso, el pago completo debe ser entregado al momento de registro. Por favor, lea con cuidado las reglas de cancelación!

- He incluido el depósito de \$60.
 He incluido el pago completo de _____ .
 He incluido el pago parcial de _____ .

- He incluido un cheque.
 Pago con tarjeta de crédito:
____Master Card ____ Visa
Número _____
 Por favor, cobre el resto del pago a mi tarjeta de crédito 2 meses antes del inicio del curso.

Si esta aplicando para ayuda financiera, incluya con los formularios un depósito (si es posible) y el formulario para ayuda financiera. Asi podra reservar el lugar de su hija en el curso hasta procesar la ayuda financiera. En caso de no poder ofrecer la ayuda financiera se le reembolsara el depósito. Si se le ofrece la ayuda financiera parcial, el depósito contara como parte del resto del pago. Si no puede enviar un depósito, el lugar de su hija en el curso se podra reservar solo después de procesar los formularios.

Reglas de Cancelación- Por favor, leer con cuidado!

Nuestras reglas de cancelación se basan en la inversión de tiempo, planificación, compra de alimentos y equipo en preparación para el curso. Las reglas aplican a cualquier caso – incluyendo enfermedad o lesiones sufridas antes del curso.

La devolución de dinero se llevara a cabo de acuerdo a lo siguiente:

Días antes del curso:

Más de 60 días:	100% de pago completo menos los \$60 de depósito.
21-59 días:	50% del pago completo menos los \$60 de depósito.
8-20 days:	50% del pago completo menos los \$60 de depósito.
7 o menos:	No reembolsable. 50% del pago menos los \$60 de depósito pueden ser transferidos a otro curso en el 2007.
Menos de 7 días:	No reembolsable o transferible.

Si existe la posibilidad de que su hija no podrá participar del curso recomendamos que compre seguro de viaje. Existen diversas compañías que ofrecen este seguro (vea hoja de información adicional).

Muchas Gracias! Esperamos con gusto la participación de su hija!

QUESTIONARIO – PROGRAMA SILVESTRE PARA MUJERES

5723 ARAPAHOE AVENUE, SUITE 1B, BOULDER, COLORADO 80303

(P)303.938.9191 (F)303.938.5071

WWW.WOMENSWILDERNESS.ORG * WWW.GIRLSWILDERNESS.ORG

Nombre:

Curso al cual esta aplicando:

1) ¿Por qué desea participar en este curso?

2) ¿Qué aspecto es el que más le interesa?

3) ¿Qué crees que va a ser lo mas difícil para ti?

4) ¿Has participado en campamentos, caminatas (mochileras) o escalado ?

5) ¿Hay algo más que quisieras que sepamos?

ACUERDO DE RECONOCIMIENTO Y ASUNCION DE RIESGOS

Y DE DESCARGO Y INDEMNIDAD

(Para participantes menores (bajo 18 años de edad) y sus Padres)

INTRODUCCION

FAVOR DE LEER ESTE DOCUMENTO ENTERO (aquí en adelante 'Documento') CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR. La participante (a veces 'menor' o 'nina', y incluyendo 'pupilo') y sus Padres o Tutor (aquí en adelante colectivamente 'Padres') firmarán este Documento. La palabra 'nosotros' refiere a la participante y sus Padres. En consideración de los servicios de The Women's Wilderness Institute, Inc., y sus agentes, dueños, oficiales, empleados, representantes, voluntarios, contratistas independientes y todas otras personas o seres asociados con tal (colectivamente referidos en este documento como 'TWWI') **estamos de acuerdo con lo siguiente:**

PARTE A: RECONOCIMIENTO Y ASUNCION DE RIESGOS

TWWI actividades educativas, aventurosas y instructivas incluyen, pero no serán limitadas a excursiones, caminar con machila, escalar piedras, encampando, esquiar a través del país, caminar sobre la nieve con raquetas, trabajar como voluntaria en proyectos para la comunidad, y transportación a y de actividades (referidas en este Documento como 'actividades' o 'estas actividades'). **La participante y sus Padres reconocen que estas actividades incluyen riesgos inherentes, y peligros los cuales pueden causar heridas, dano a propiedad, enfermedad, trauma mental o emocional, deshabilidad o muerte a la participante o otros. Lo siguiente describe unos, pero no todos los riesgos y peligros:**

Riesgos presentes en un ambiente al aire libre o en el ambiente salvaje. Estos riesgos incluyen viajar en la altura, terreno de regiones sin cultivar o terreno montañoso, en y afuera de el sendero. El viaje de las Participantes puede ser propenso a relámpagos, aire fuerte, ríos fuertes o otras masas de agua, pasadas difíciles de puentes de nieve o arroyos, piedras fugaz, temperaturas extremas, o agua fría, nieve, hielo, peligro de avalancha, árboles caídos, insectos picadores o los cuales transmiten enfermedades, animales salvajes y otros peligros naturales o artificiales. Es posible que los peligros no estarán marcados y el tiempo no se puede predecir.

Riesgos involucados en hacer decisiones y el conducto, incluyen sin limitación, el riesgo que un miembro de TWWI, un representante, voluntario, co-participante o contratista, puede calcular mal las habilidades de una participante, o puede calcular mal tratamiento médico, el tiempo, el terreno, el nivel del agua o de un río o la localización de la ruta de un río o terreno.

Riesgos asociados con viajar. El viajar puede ser a pie o por auto, con esquís, con raquetas de nieve, o otros modos y puede ser sobre terreno accidentado y sin poder predecir, carreteras o otros caminos o por lagos y ríos, en nieve, lluvia, aguanieve o otras condiciones de tiempo desfavorable.

Riesgos asociados con la localización geográfica. Actividades pueden tener lugar en áreas remotas, muchas horas lejos de facilidades médicas, lo cual puede causar atrasos en comunicación, transportación, evacuación y tratamiento médico.

El riesgo que el equipaje usado en una actividad puede fallar, se puede quebrar o funcionar mal.

Riesgos asociados con cocinar y encampar. Participantes cocinan sobre estufas de gas y son propensas al riesgo de explosión de gas, hirviendo o otras quemaduras. El agua puede ser contaminada y tiene que ser desinfectada o herbida antes de usar.

Servicio de comunidad voluntario. El participar en proyectos de servicios voluntarios puede incluir riesgos asociados con actividades tales como construir, excavar, levantar, pintar, construcción y proyectos de limpio. Los proyectos pueden incluir el uso de equipaje y instrumentos (tornos, serruchos, herramientas eléctricas) los cuales pueden causar heridas resultadas del uso, el uso mal o de funcionar mal.

Participantes pueden tener tiempo libre antes, durante y después del comienzo del curso y en varios otros tiempos. Tiempo sin supervisión puede incluir tiempo libre, o tiempo cuando la participante está sola, quieta y posiblemente durante la noche en el encampamiento hasta las 24 horas (solos).

Riesgos con respeto al conducto. La posibilidad que la participante o otras participantes o otras personas (el conductor, la escuadra de salvar, el hospital) actuar descuidadamente o imprudentemente, o la probabilidad que una participante pueda reaccionar desfavorablemente o sufrir trauma emocional por su participación en el curso o por cualquier otra razón.

Tal riesgos y peligros generalmente son asociados con actividades educativas o aventuras al aire libre.

Estos y otros riesgos y peligros pueden resultar en que las participantes: se caigan, sufran un golpe, topen con objetos o personas, sufran un choque en un auto, reaccionen a la altura y condiciones del tiempo, se pierdan o se desorienten, sufran complicaciones gastrointestinales o reacciones alergias o pueden sufrir otros problemas. Estas y otras circunstancias pueden causar hipotermia, deshidratación, congelación, ahogamiento, enfermedad de altitud, complicaciones del corazón o los pulmones, huesos quebrados, parálisis, trauma mental o emocional, concusión o otras heridas, danos, muerte o pérdida.

Conocemos que el personal de TWWI es, y sera disponible si tenemos mas preguntas sobre las actividades de TWWI y los riesgos y peligros asociados con estas actividades. La participante no tiene problemas mentales o fisicas o limitaciones, que no han sido revelado a TWWI, las cuales puedan afectar su habilidad de participar en estas actividades, y la participante es completamente capaz de participar en estas actividades sin causar dano a ella misma o a otros. **Nosotros entendemos que TWWI no puede asegurar la seguridad de la participante o eliminar cualquier riesgo, y que durante actividades supervisadas y actividades sin supervicion, todas las participantes toman la responsabilidad por su seguridad propia.**

La participante voluntariamente participa con el conocimiento de los riesgos. Por lo tanto, la participante (y sus Padres) asumen y aceptan completamente la responsabilidad por la participante, por riesgos inherentes y los otros riesgos de estas actividades (conocidos y desconocidos) y por cualquier herida, dano, muerte o otra perdida sufrida por la participante (y sus Padres), resultados por estos riesgos o resultados por la negligencia propia de la participante o su conducta impropia.

PARTE B: ACUERDO DE DESCARGO Y INDEMNIDAD

Favor de leer cuidadosamente. Esta Parte B contiene un Descargo y Acuerdo de Indemnidad y la rendicion de ciertos derechos legales. Ciertas agencias federales de terreno no permiten proveedores de servicios, incluyendo TWWI, ser descargados de responsabilidad por heridas o otras perdidas por sus clientes, las cuales pueden ocurrir mientras funcionando bajo permiso en estos terrenos federales ('terrenos federales limitados'). Por lo tanto, excepto al extento que la política federal me prohíbe de funcionar en terranos federales limitados, yo, el padre (padres) de la participante, por yo mismo, por y por parte de la participante menor, estoy de acuerdo de lo siguiente:

- (1) **Descargo y consiento no demandar a TWWI** con respeto a todas demandas, obligaciones, pleitos legales, o costos (incluyendo costos razonables y costos de abogados) (aqui adelante colectivamente 'reclame' o 'reclames'), en cualquier manera asociada con la matriculacion o la participacion de mi nina en estas actividades o el uso del equipaje o las facilidades de TWWI. **Entiendo que al firmar este Documento, yo, mi nina, y cualquier otra persona actuando en mi parte o por parte de mi nina cedemos nuestros derechos con respecto a reclames contra TWWI, por heridas, dano, muerte o otras perdidas sufridas por mi o mi nina.**
- (2) **Para defender y indemnificar** ('indemnificar' significando proteger y reembolso o pago) a TWWI con respeto a todos reclames:
 - (a) Producidos por mi o por mi parte, mi nina o miembro familiar, por cualquier herida, dano, muerte o otra perdida en cualquiera manera asociada con la matriculacion o participacion de mi nina en estas actividades, o por el uso del equipaje o las facilidades de TWWI; y/o,
 - (b) Producidos por un co-participante o cualquier otra persona, por cualquier herida, dano, muerte o por otra perdida al extento causado por el comportamiento de mi nina en el curso de participar en estas actividades o por el uso del equipaje o las facilidades de TWWI.

Esta Parte B Acuerdo de Descargo y Indemnidad incluye cualquieras perdidas causadas o alegadas ser causadas, en total o en parte, por la negligencia de TWWI (pero no su negligencia total o conducta impropia intencional), y incluye reclames por heridas personales, dano a propiedad, muerte injusta, violacion del contrato o de otro modo.

CONCLUSION

Estamos de acuerdo que este Documento, cualquier disputa tengamos con TWWI, y todos otros aspetos de nuestra relacion con TWWI son gobernados por las leyes substantivas del Estado de Colorado (sin considerar su conflicto de reglas de leyes) y que cualquier mediacion, pleito legal, o otro proceder tiene que ser registrado o anotado en el Estado de Colorado. Estamos de acuerdo de intentar arreglar cualquier disputa (que no pueda ser arreglada en discusion) por mediacion ante un mediador de Colorado mutuamente aceptable. **El Padre autoriza** que el personal de TWWI, sus representantes voluntarios, o contratistas obtengan o proveen ayuda medica a la nina o que transporten a la nina a una facilidad medica. **El Padre tambien autoriza** que el personal de TWWI, sus voluntarios, contratistas o otro personal medico de tal tratamiento que ellos consideren necesario para la salud de mi nina. **El Padre consiente** pagar todos los costos asociados con la ayuda medica y la transportacion. **El Padre autoriza** a TWWI y/o personas designadas por TWWI, tomar mi foto (o el de mi nina) y usarlo para vender o reproducir en cualquier manera como TWWI desee, para publicidad, exhibicion, audiovisual, o otro uso, sin compensacion a mi. Todos los negativos y impresiones son la propiedad de TWWI.

Reconocemos que hemos leído, entendido y estamos consientes a cumplir con las condiciones de la Aplicacion y la forma "Yo Entiendo" y las otras formas de TWWI, y estamos consientes a obedecer todas los reglamentos, y normas de TWWI. TWWI reserva el derecho de despedir cualquier participante del program, la cual el personal, a su juicio, cree que presenta un riesgo medico o un riesgo de seguridad, es interruptivo, o de otro modo se conducta en una manera perjudicial

al programa. Si una participante es despedida o departe por cualquier razon, tal participante (y su familia) son responsable por cualquier y todos costos de una partida prematura aunque sea por razones medicas, por ser despedida o de otro modo. **Cualquier parte de este Documento considerada ilegal o inejecutorio no afectara la ejecutoriedad de las provisiones restantes y continuara en total fuerza y efecto.**

Ambos participante y Padre estan consientes que: He leído cuidadosamente, entendido y voluntariamente firmado este Documento y reconozco que sera efectivo y obligatorio sobre mi, mis ninos menores y otros miembros familiares, y mis herederos, ejecutores, representates y mi herencia. Padres tienen que firmar abajo, por sus ninas menores participantes (bajo 18 anos de edad).

_____	_____
Firma de la Participante	Fecha
El Nombre en Letras de Molde Aqui	

_____	_____
Firma del Padre o Madre	Fecha
El Nombre en Letras de Molde Aqui	

Formulario Médico

Este formulario DEBE ser llenado por completo y precisamente por el participante. Si tiene menos de 18 años, debe ser completado por el padre o tutor legal.

- Completar este formulario honestamente es el primer paso en el cuidado de su salud al participar en el curso. Es por su seguridad que debemos conocer todo lo posible sobre su estado físico. Muchas condiciones medicas no deben evitar que complete el curso. La falla en revelar esta información puede resultar en daño grave a Ud. u otros participantes.
- Este formulario debe ser llenado por completo. Marque "N/A" en los puntos que no aplican a Ud.
- En caso de ciertas condiciones médicas puede ser necesario que un médico complete otro formulario.
- Toda información proporcionada es condifencial.

Si se siente más comoda comunicandose en Español, tenemos personal que habla Español que puede ayudar a Ud. o a sus padres completar este formulario. Por favor, llame a nuestra oficina al 303.938.9191.

PART I. GENERAL INFORMATION.

Name _____ Birth Date _____ Age at Course Start _____
 Address _____ City/State/ZIP _____
 Phone () _____ Email _____
 School _____ Course Name and Dates _____
 Family Physician _____ Phone () _____

Physician Address _____ **FAX** _____

Height _____ Resting Pulse _____ Blood Pressure _____ Weight _____

A. Allergies

(Include Medicines, Foods, Bites, and Stings)

None

Allergy-List Below	Reaction	Medication Required

B. Medications

List any medications you are taking, including psychiatric and over-the-counter medications.

None

Medication	Condition	Dosage (Amt. and Freq.)	Current Side Effects



Note: If you are currently taking medication, bring double amounts in separate, non-breakable, waterproof containers, along with dosage instructions.

PART II. EMERGENCY MEDICAL RELEASE FOR PARTICIPANTS UNDER 18

In case of medical emergency, I hereby give permission to the physician selected by an authorized representative of The Women's Wilderness Institute to secure proper medical treatment for my daughter, including, but not limited to, injections, anesthesia, surgery, and hospitalization.

Parent/Guardian Signature (if participant is under 21)

Date

PART III. PARTICIPANT HISTORY: PAST AND PRESENT MEDICAL ISSUES

(To be completed by applicant. **Fill in EVERY blank.** Use additional pages if necessary.)

A. Required Immunization

Immunization	Requirement	Year of Last Immunization
Tetanus	Within 10 years of course start	

B. Conditions and Symptoms

Do you have, or have you had, any of the following conditions or symptoms?

1. High Blood Pressure _____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	24. Froshbite _____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	47. Ankle Problem _____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Heart Disease _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25. Circulation Problems _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	48. Leg Problem _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Heart Murmur _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26. Active Bedwetting _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	49. Foot Problem _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Irregular Heartbeat _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27. Headaches _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	50. Currently Pregnant _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Family history of heart attack _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28. Head injury w/ neurological Impairment _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	51. Special Diet _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Tuberculosis _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	29. Stomach Ulcers _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	52. Learning Disability _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Recent exposure to active TB _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30. Intestinal Problems _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	53. Medical Equipment/Devices _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Positive TB test _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	31. Heatstroke _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	54. Unexplained weight loss _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Active Hepatitis _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	32. Bladder Infection _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	55. HIV/AIDS _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. History of Hepatitis _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	33. Difficulty Urinating _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Do you currently or regularly have any of the following symptoms?	
11. Seizure Disorder _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	34. Kidney Problems _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56. Chest Pain/Pressure _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Seizure within past year _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	35. Thyroid Problems _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	57. Heart Palpitations _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Bleeding Disorder _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	36. Endocrine Problems _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	58. Unexplained Sweating _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Blood disorder/anemia _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37. Hearing Impairment _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	59. Frequent Shortness of Breath _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/sickle cell trait _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	38. Vision Impairment _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	60. Frequent Dizziness _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Chronic cough _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	39. Motion Sickness _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	61. Frequent Fainting _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Recurrent lung infections _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	40. Sleep Walking _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	62. Heartburn _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Asthma _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	41. Broken Bones _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	63. Muscle Cramps _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Diabetes _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	42. Neck Problem _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	64. Intolerance to warm temps _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Hypoglycemia _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	43. Back Problem _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	65. Intolerance to cold temps _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Anorexia Nervosa _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	44. Arm Problem _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	66. PMS or menstrual problems _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Bulimia _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	45. Shoulder Problem _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	67. Other _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Cancer _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	46. Knee Problem _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
23. Skin Problem _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

If you have answered "yes" to any of the above items, please explain below. Include the following:

- What specific conditions/symptoms are occurring
- How often condition/symptom occurs
- How long condition/symptom lasts
- How symptom/condition restricts your activity in any way, including ability to run, lift and climb
- Date of last occurrence
- How you care for condition/symptom

Item No.	Detailed Description (Including restrictions, if any)

B. Hospitalizations and Emergencies

Please list any hospital or emergency room visits in the past two years.

Dates	Reason	Length of Stay

C. Personal History

1. Have you been in counseling with a psychiatrist, psychologist, or other counselor within the past two years? Yes No
2. Are you currently in counseling or treatment? Yes No
3. If not currently in treatment, when was counseling terminated? _____
4. Reason for counseling (check all that apply)

<input type="checkbox"/> Academic	<input type="checkbox"/> Family Issues	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Substance Abuse
<input type="checkbox"/> Career	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Suicide	<input type="checkbox"/> Other

The only way that we have to determine if psychological issues are beyond the scope of the course is to contact therapists with a brief questionnaire that describes serious mental conditions that unsuitable for a group backcountry situation. Please arrange for a 'Release of Information' with your counselor or therapist so that we may send him/her the questionnaire.

Name of most recent counselor/therapist _____

Address _____

Phone _____

D. Lifestyle

1. Do you use alcohol? Yes No How much and how often? _____
2. Do you use tobacco? Yes No How much and how often? _____
3. Do you use any kind of recreational drugs? Yes No
 What kind? _____ How much and how often? _____
4. Do you have a history of substance abuse or chemical dependency? Yes No
 Drugs used _____ Date last used? _____

E. Current Exercise and Fitness Level

1. Please list your current exercise activity.

Activity	Frequency	Approx. Time/Distance	Leisurely	Moderate	Intensely



2. Swimming Ability

- Non-swimmer Can't swim more than 100 yds.
 Moderate Swimmer Strong Swimmer Current Lifesaving Certificate

Do you speak and understand English? **Yes** **No**

Ethnicity (optional)

- African American Asian Latina/Hispanic
 Native American White/Caucasian Other

F. Additional Comments

PART IV. SIGNATURE REQUIRED

I understand that The Women's Wilderness Institute courses are physically and mentally strenuous experiences that take place in a remote wilderness area, far from conventional medical facilities. The information on the preceding pages is a complete and accurate statement of my past and present medical condition, and I have included all physical and psychological factors that may affect my participation in a Women's Wilderness Institute course. I realize that failure to disclose such information could result in serious harm to myself and/or fellow participants. I agree to indemnify and hold The Women's Wilderness Institute harmless if all relevant information is not disclosed. I agree to notify The Women's Wilderness Institute should there be any change in my health status prior to my course start.

Participant's Signature

Date

For Participants Under 18 Years Old:

I have reviewed this medical form with my daughter and certify that all information is accurate and complete. I have read and understand the above paragraph, and agree to indemnify and hold The Women's Wilderness Institute harmless if all relevant information is not disclosed. I understand that I am responsible for any medical costs that are incurred as a result of my daughter's participation on this course.

Parent/Guardian Signature (if participant is under 18)

Date

**FORMULARIO MÉDICO PARA SU DOCTOR
GIRLS' WILDERNESS PROGRAM**

Querido aplicante y padres de familia: Por favor, debe llevar este formulario a su medico, junto con una copia del formulario medico que Ud. completo. Puede enviar este formulario por correo por separado, pero debe ser recibido no menos de 2 semanas antes del curso. Este formulario puede ser completado basado en un examen físico realizado hasta 2 años antes del inicio del curso. También debe enviar una copia de su registro de vacunación (puede pedir una copia del registro de vacunación a la enfermera en su escuela).

Si tiene preguntas sobre este formulario, por favor llame a nuestra oficina al 303.938.9191.

Name of Patient _____ Date of Birth _____

To the Examining Physician, Physician's Assistant, or Nurse Practitioner:

To ensure that our program activities are appropriate for your patient, we need your help in the screening process. Careful and intelligent medical screening will enhance the program for applicants and in some cases avoid serious medical problems.

Women's Wilderness Institute courses are wilderness-based programs of backpacking and wilderness living. Courses can be physically and mentally strenuous, and may involve stressful environmental conditions. Altitudes may reach above 12,000 feet. Field staff are trained as Wilderness First Responders, but hospital-based services may be up to one day or more away. While individuals with normal physical and mental capacity should be able to complete a course, there are some individuals for whom participating on a course may be a health risk.

Please provide the requested information, and review the applicant's medical history (which should be on an accompanying form) for potential issues that may need further evaluation

Physical Exam

1. Date of Exam _____
2. Height _____ ft. _____ in.
3. Weight _____ lbs.
If underweight _____ lbs. If overweight _____ lbs.
4. Blood Pressure _____/_____
If over 150/90, please repeat. Second reading _____/_____
5. Pulse Rate _____
Pulse irregularities?

B. Allergies- Food, Drug, or Insect. Please note severity and past level of effective treatment.

None Please list: _____

C. Summary of Active Medical Problems and Relevant Medical History (use additional pages if needed)

None Please list: _____

D. Restrictions on Course Activities (use additional pages if needed)

None Please list: _____

E. Current Medication- Name of Medication, Dosage, and Directions for Use

None Please list: _____

F. Immunization

Immunization	Requirement	*Year of Last Immunization
Tetanus	Within 10 Years of Program Start	

* If greater than 10 years or unknown, please schedule tetanus booster.

***PLEASE CALL OR SEND CONFIRMATION**

Date to be administered: ____ / ____ / ____



I have examined this patient and found her to be in satisfactory physical condition and capable of the strenuous physical activity and remote nature of a Women's Wilderness Institute course, as described above. I also authorize qualified staff of The Women's Wilderness Institute to administer any prescribed medications listed above to this participant.

Name of Physician _____ Date _____

Office Address _____

Telephone _____

Signature _____

- Immunization Record enclosed.
- Immunization Record will be sent by _____
(date)

FORMA PARA AYUDA FINANCIAL

El Women's Wilderness Institute tiene un fuerte compromiso en suministrar ayuda financiera a las muchachas quienes por otro modo, no pudieran pagar por la oportunidad de participar en un curso de Girlz in the Wood. Sin embargo, la cantidad de ayuda financiera que podemos dar es limitada por la cantidad de fundacion que recibemos cada ano. Pidemos que llene esta forma con integridad, y haga una honesta evaluacion de el dinero que su familia puede dar para pagar por el curso de su hija, para que nosotros podamos extender nuestros dolares de becas para servir tantas participantes como sea posible.

Las becas son proveidas directamente por la generosidad de individuales, corporaciones y fundaciones entre nuestra comunidad. Los quienes reciben ayuda financiera pueden ser solicitados para que escriban una carta despues del curso, dando gracias al individual o la organizacion quien suministro su beca.

Nombre de la participante _____

Direccion _____

Fechas de los cursos por los cuales aplico _____

1. Miembros de la Casa:

Numero de Padres _____

Numero de ninos bajo 18 anos de edad _____

Otros _____

2. Ingreso de la Casa (liste todos los trabajos mantenidos)

NOMBRE	OCUPACION	PATRON	INGRESO MENSUAL (ANTES SUBSTRACCIONES)

--	--	--	--

3. TODO otro ingreso de la casa (asistencia publica, seguro social, soporte financiero para niños, etc.)

TIPO DE INGRESO	CANTIDAD MENSUAL

4. Ingreso total de la casa _____

5. Existen gastos o circunstancias extrañas que su familia encuentra?

Que es el total mensual de estos gastos? _____

6. El costo completo de un curso de Girlz in the Wood course es \$990. Por favor calcule aproximadamente la cantidad máxima que usted piensa que puede pagar por el curso.

Familia _____

Participante _____

Total: _____

Certifico que la información antedicha es verdadera y completa, y que es una representación exacta de todo el ingreso y los fondos disponibles para pagar por el curso.

Firma de la Participante

Fecha

Firma de Padre/Madre o Guardian

Fecha



Nota: Residentes de la Ciudad de Boulder seran solicitados para aplicar por el Youth Opportunity Funds disponible por la Ciudad de Boulder para ayudar pagar por su curso. Por dos dias de servicio en la comunidad, adolescentes con necesidad de ayuda financiera, pueden ganar \$200, el cual sera aplicado a un curso de Girlz in the Wood. Una aplicacion es incluida para residentes de la ciudad.