



FORMULARIO MEDICO

Nombre de Estudiante _____

Sexo _____ Edad _____

Información sobre las Expediciones de NOLS para el Profesional Médico

Los cursos de la National Outdoor Leadership School (NOLS) son expediciones al aire libre que varían en duración desde ocho días hasta tres meses. Estas expediciones se realizan en lugares remotos en donde la evacuación hacia una instalación de servicios médicos puede demorar varios días.

Las condiciones climáticas pueden ser extremas con temperaturas que van desde -40° C hasta $+37^{\circ}$ C. Situaciones como tormentas, vientos fuertes, rayos de sol intensos e inmersiones repentinas en aguas frías pueden ser posibles.

La demanda física para un postulante puede incluir el cargar una mochila que pesa entre 25 y 35 kilos sobre terreno inestable como nieve, rocas y troncos, como también sobre terreno resbaloso en las montañas. La elevación que alcanzan los cursos con mochila varían desde el nivel del mar hasta los 4.000 metros. En algunos casos, como la Expedición en Denali, Alaska, la altura puede llegar hasta los 6.500 metros. En el caso de los cursos de kayak, los estudiantes remarán en sus kayaks con cargas pesadas. Además, tendrán que acarrear estos sobre terreno inestable.

Durante la expedición, los estudiantes dormirán al aire libre después de terminar días largos y exigentes. Armarán sus propias carpas y cocinarán sus propias comidas. En algunos cursos, los estudiantes pueden tener la opción de optar a unos pocos días de ayuno.

NOLS tiene la costumbre de desinfectar el agua en lugares remotos con yodo, cloro o simplemente hervirla. Los estudiantes que tengan problemas con su sistema inmunológico, pueden llevar su propio sistema de purificación de agua.

Estos cursos, **no** son programas de rehabilitación, instancias para dejar de fumar, tomar alcohol o dejar las drogas, tampoco son una herramienta para tratar problemas psicológicos y de comportamiento. La mayoría de los estudiantes encuentran que los cursos de NOLS son experiencias exigentes en todo ámbito, por lo tanto, se necesita una preparación física y mental antes de empezar un curso para poder enfrentar los retos que se presentarán, así como una actitud positiva y entusiasta.

Tome en consideración la seguridad del postulante como la de sus compañeros al momento de contestar las preguntas indicadas en la ficha. Una respuesta afirmativa no necesariamente perjudicará la postulación del estudiante. Si tenemos alguna duda sobre la capacidad del estudiante para enfrentar y terminar su curso exitosamente, lo conversaremos directamente con él.

El postulante no será aceptado al curso hasta que la ficha de salud sea revisada y aprobada por el departamento de Admisiones de NOLS.

Señor Médico:

Marque SI o NO después de cada pregunta. Si su respuesta es SI, **por favor detallar las razones.** *Sus comentarios detallados y con letra clara, agilizaran nuestro proceso de evaluación de este formulario.*

Historia Médica

El postulante presenta o tiene historia de haber presentado:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Problemas respiratorios como Asma? | SI | NO |
| ¿Se controla el Asma con un inhalador? | SI | NO |
| Si es así, el estudiante debe llevar su inhalador al curso. | SI | NO |
| ¿Que puede gatillar un ataque? Cuándo fue el ultimo episodio? Ha estado alguna vez hospitalizado? | | |
-
-

- | | | |
|-------------------------------------|----|----|
| 2. ¿Problemas gastrointestinales? | SI | NO |
| 3. ¿Diabetes? | SI | NO |
| Comentarios específicos del médico: | | |
-
-

- | | | |
|---|----|----|
| 4. ¿Problemas sanguíneos? | SI | NO |
| 5. ¿Hepatitis u otras enfermedades hepáticas? | SI | NO |
| Comentarios específicos del médico: | | |
-
-

- | | | |
|---|----|----|
| 6. ¿Problemas neurológicos? Epilepsia? | SI | NO |
| 7. ¿Algún tipo de ataque? | SI | NO |
| 8. ¿Mareos o historia de desmayos? | SI | NO |
| 9. ¿Migrañas? Tipo de medicamento usado, frecuencia, efectos | SI | NO |
| Describir la frecuencia, fecha de último episodio y gravedad. | | |
-
-

- | | | |
|---|----|----|
| 10. ¿Problemas del aparato urinario o reproductivo? | SI | NO |
| 11. ¿Alguna enfermedad? | SI | NO |
| 12. ¿La persona consulta a algún tipo de especialista? | SI | NO |
| Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de especialidad, el nombre y dirección del especialista. | | |
-
-

Preguntas 13 y 14 son para estudiantes femeninas:

- | | | |
|--|----|----|
| 13. ¿Usa algún tratamiento para dolores menstruales? | SI | NO |
| 14. ¿Esta embarazada? | SI | NO |
| Comentarios específicos del médico: | | |
-
-

- | | | |
|---|----|----|
| 15. ¿Hipertensión? | SI | NO |
| 16. ¿Problemas cardíacos? Dolores de pecho? | SI | NO |
| Comentarios específicos del médico: | | |
-
-

Revisión Cardíaca:

Se requiere un examen ECG si el participante: Factores de Riego Cardíaco

1. Tiene sobre 35 años y 2 factores de riesgo.
2. Tiene sobre 50 años y 1 factor de riesgo.
3. Tiene sobre 50 años y lleva una vida sedentaria.

4. De cualquier edad con problemas cardíacos.

- Presión alta
- Diabetes
- Enfermedades cardiovasculares actuales o pasadas
- Colesterol alto
- Antecedentes familiares de enfermedades al corazón (algún miembro de la familia que haya sufrido un ataque al corazón antes de los 55 años).
- Fumador El examen cardíaco ECG se puede obviar a los postulantes sobre 50 años, sin factores de riesgo cardíacos y que se encuentren en buen estado físico. **El médico debe especificar en la página 6 que el postulante no presenta factores de riesgo y que se encuentra en buen estado físico.**

Fracturas de huesos y músculos

El postulante presenta o tiene historia de haber presentado lo siguiente dentro de los últimos 3 años:

17. Lesiones a la rodilla, cadera o tobillo (incluyendo esguinces) y/o alguna operación

• Tipo de lesión u operación. Cuándo ocurrió? SI NO

• ¿Mantiene la fuerza anterior? SI NO

• ¿Cuál ha sido la actividad más rigurosa que ha hecho desde la lesión u operación? Cuál fue el resultado?

Comentarios específicos del médico: (incluya la fecha de la última lesión y los efectos del problema en su nivel de actividad actual).

18. Lesiones al hombro, brazo o columna (incluyendo esguinces) y/o alguna operación SI NO
Tipo de operación. ¿Cuándo ocurrió la lesión u operación?

¿Mantiene la fuerza anterior? SI NO

• Cuál ha sido la actividad más rigurosa que ha hecho desde la lesión u operación? Cuál fue el resultado?

Comentarios específicos del médico : (incluya la fecha de la última lesión y los efectos del problema en el nivel de su actividad actual).

19. ¿Algún problema de articulaciones? SI NO

Comentarios específicos del médico: (incluya la fecha de la última lesión y los efectos del problema en su nivel de actividad actual).

20. ¿Lesiones a la cabeza? Pérdida de conocimiento? Por cuánto tiempo? SI NO

Comentarios específicos del médico: (incluya la fecha de la última lesión y los efectos del problema en su nivel de actividad actual).

21. El paciente presenta alguna condición emocional o psicológica que requiere de algún ambiente especial para enseñar? SI NO
Si la respuesta es afirmativa, explique los efectos:

Historia Médica Personal (Terapia/Psiquiatría/Problemas de Aprendizaje)

Para un postulante con historia de trastornos psicológicos, que haya requerido medicamentos, hospitalización o algún otro tipo de tratamiento, debe certificar un año de estabilidad emocional antes de poder ser aceptado en un curso de NOLS. Además, debe estar trabajando o estudiando.

22. ¿El postulante ha tenido algún tratamiento con un profesional de ayuda psicológica? SI NO

23. ¿El postulante está actualmente en algún tratamiento psicológico? SI NO

24. Razones por tratamiento psicológico:

Suicidio

Drogas

Problemas alimenticios (anorexia/bulimia)

Problemas académicos

Déficit Atencional

Problemas familiares / divorcio

Depresión

Otros _____

Favor entregar detalles y fechas específicas del tratamiento además de los medicamentos recetados:

25. Nombre, dirección y teléfono del médico especialista.

Nombre _____ N° de Teléfono(____) _____

Dirección _____

Región _____ Código Postal _____

Alergias

26. ¿Tiene alergia a algún tipo de comida? SI NO

Detallar: _____

27. ¿Tiene algún tipo de restricción alimenticia? Detallar. SI NO

Vegetariano otro

28. ¿Tiene alergia a picaduras de insectos o abejas? SI NO

Comentarios específicos del médico:

29. ¿Alguna otra alergia? SI NO

Comentarios específicos del médico:

30. El agua usualmente se desinfecta con yodo. ¿Tiene alguna contraindicación contra el yodo? SI NO

Medicamentos

31. ¿Tiene alergia a algún medicamento? SI NO
Si la respuesta es afirmativa, especificar el medicamento:

32. ¿Esta persona necesita tomar algún medicamento? SI NO

Los cursos de NOLS viajan a través de lugares remotos donde el cuidado médico puede encontrarse a más de un día de viaje. Si el estudiante debe tomar algún medicamento por receta de su médico, necesitará un certificado de éste, con las indicaciones específicas.

Medicamento	Dosis	Efectos	Secundarios	Recetado por	Para Condición
-------------	-------	---------	-------------	--------------	----------------

Si la condición del estudiante o sus medicamentos cambian, se solicita avisar a NOLS.

Frío, Calor, Altura

33. ¿Tiene historia de congelamiento de tejidos o Síndrome de Raynaud? SI NO

34. ¿Tiene historia de enfermedades de altura, edema pulmonar o edema cerebral? SI NO

¿Hace cuanto tiempo?

35. ¿Tiene historia de insolación u otras enfermedades relacionadas al calor? SI NO
Comentarios específicos del médico:

Condición Física

36. ¿El postulante tiene alguna rutina de ejercicio? SI NO

Actividad _____	Nº de veces a la semana _____			
Duración/Distancia _____	Nivel de intensidad _____	Suave	Moderado	Competitivo

Actividad _____	Nº de veces a la semana _____			
Duración/Distancia _____	Nivel de intensidad _____	Suave	Moderado	Competitivo

37. ¿Es fumador? Si es así, cuánto fuma? SI NO

Nota: No se permite fumar durante la duración de los cursos.

38. ¿Tiene sobrepeso? ¿Bajo peso? Cuánto? _____ SI NO

39. Habilidades de natación (ELIJA UNO): No nada Nivel recreativo Nivel competitivo

Examen físico

Los resultados del examen tienen vigencia hasta un año antes del inicio del curso.

Fecha _____

Presión _____ / Pulso _____ / Altura _____ Peso _____

Impresión general del médico:

Vacuna contra el Tétano

NOLS requiere que el postulante se haya vacunado contra el Tétano dentro de los últimos 10 años antes de iniciar un curso. Por favor anotar la fecha de la última vacuna.

Fecha de Vacuna contra el Tétano

Información del médico

Nombre del Médico y Teléfono (_____) _____

Dirección

Ciudad y Estado

Firma del Médico Fecha: _____ / _____ / _____

**Bajo protesta de decir verdad.
Por favor firmar este formulario y entregarlo completo a:**

admisiones_mexico@nols.edu