

Instrucciones -Este formulario debe ser completado por **todas** las **niñas** que asistan al campamento de verano. Este formulario debe ser completado y entregado el primer día del campamento.

1. La información en este formulario es requerida para ayudarnos a identificar el cuidado adecuado. La información en este formulario es confidencial y será compartida, en su caso, con el personal que necesite de su conocimiento.
2. Todas las niñas que asistan al campamento y las mini sesiones (campamentos durante la noche) deben completar las secciones A, B, C, D y E para el campamento. **Se requiere un examen de salud por un médico.** Sino han completado y firmado la Sección E por un médico no se les permite permanecer en el campamento.
3. Niñas que asistan a *Troop Adventure Camp* y al programa de actividades de *One-Day/Overnight* necesitan completar las secciones A, B, C, y D de esta forma. La sección E no es necesaria.
4. Todas las partes de esta forma deben ser actuales, el historial de salud (secciones A, B, C y D) deberán haber sido completadas dentro de los últimos seis meses. El formulario de examen (Sección E) debe ser completado por un médico y fecha dentro de los últimos 12 meses.
5. Los cuidadores deben proporcionar una copia separada de esta forma sólo si asisten a diferentes campamentos (es decir, el participante asiste a una sesión de campamento y asiste a otra sesión de campamento en un campamento diferente).

Sección A- Información General e Información de Release/Autorización de transportación del participante

Nombre del participante: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Las personas que figuran a continuación tienen permiso para recoger al participante en el campamento.

Padre, madre o encargado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono día: _____ de: _____ - _____

Teléfono noche: _____ de: _____ - _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/ Código Postal: _____

Teléfono día: _____ de: _____ - _____

Teléfono noche: _____ de: _____ - _____

En caso de emergencia y los encargados no puedan ser contactados, por favor notifique a:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Personas adicionales para recoger al participante:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Sección B- Historial de Salud

Alergias: No hay alergias conocidas. Este participante es alérgico: Alimentos Medicamento
 El entorno (picaduras de insectos, fiebre etc.) Otro
(Por favor describa a continuación si el participante del campamento es alérgico y la reacción)

Dieta, Nutrición: El Participante del campamento come una dieta regular.
 El Participante del campamento come una dieta vegetariana regular.
 El Participante del campamento tiene necesidades especiales de comida. *(Por favor, describa a continuación.)*

Restricción: He revisado las actividades del campamento y el participante puede participar sin restricciones.
 He revisado las actividades de campamento y estoy de acuerdo que el participante pueda participar con las siguientes restricciones o adaptaciones. *(Por favor, describa a continuación las restricciones o adaptaciones.)*

Historia General de Salud: Marque "Sí" o "No" para cada declaración. Si la respuesta es "Sí" explica a continuación.

Tiene / hace el participante

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 12. Se ha desmayado / o tenido dolor en el pecho haciendo ejercicio? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Ha tenido alguna cirugía? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 13. Ha tenido mononucleosis ("mono") Durante los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. Tienen enfermedades crónicas recurrentes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. Tiene problemas con el período? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Tenía una enfermedad infecciosa reciente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. Tiene problemas para quedarse dormido o sonambulismo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Ha tenido una lesión reciente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 16. Alguna vez ha tenido problemas en las articulaciones traseras(espalda)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Ha tenido asma /dificultad para respirar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 17. Tiene historial de mojar la cama? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. Tiene diabetes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 18. Tiene problemas de diarrea /estreñimiento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. Ha tenido convulsión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 19. Tiene problemas de la piel? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. Ha tenido Dolores de cabeza? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 10. Usa anteojos o lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 11. Ha tenido desmayos o mareos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Por favor, explique la respuestas a los "Sí" en el espacio de abajo, anotando el/los número(s) de la(s) pregunta(s).

Salud Mental y Emocional: Marque "Sí" o "No" para cada declaración.

Que tenga el participante:

- ¿Alguna vez ha sido tratado de trastorno por (ADD) o por déficit de atención/hiperactividad (TDA /H)? Sí No
- ¿Alguna vez ha sido tratado de dificultades emocionales o de conducta o algún trastorno de la alimentación? Sí No
- Durante los últimos 12 meses, ha visto a un profesional para hacer frente a problemas de salud psicológicos o emocionales? Sí No
- A tenido algún problema significativo que continúa afectando la vida del participante? Sí No
(Historia de abuso, la muerte de un ser querido, un cambio familiar, adopción, acogimiento, nuevo hermano, sobrevivió a un desastre, otros)

Por favor, explique respuestas a los "Sí" en el espacio siguiente, teniendo en cuenta el número de las preguntas. El campamento puede ponerse en contacto con usted para obtener información adicional.



Sección C- Información general

Nombre del médico de familia: _____ Teléfono: _____

Nombre del dentista / ortodoncista: _____ Teléfono: _____

¿Tiene seguro médico / hospital de familia? Sí No

Si es así, indique: _____ Póliza o Grupo # _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el participante: _____

Prescripción médica

Escriba una lista de cualquier medicamento recetado al participante que venga al campamento, su uso y la dosis. Todos los medicamentos deben ser llevados en su envase original.

Esta persona **no** toma medicamentos.

Esta persona toma la prescripción indicada de la siguiente manera:

Nombre del Medicamento	Cantidad que toma del medicamento	Dosis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor identifique los medicamentos que tomo durante el año escolar que el participante/ no puede tomar durante el verano:

El Campamento proporcionará medicamentos Over-the-Counter (OTC)

Para molestias leves, al participante se le podrá proporcionar en el campamento los siguientes medicamentos over-the-counter(OTC). Por favor, indique alguno que **no puede ser administrado**. Todos los medicamentos OTC se darán de acuerdo a las instrucciones de dosificación en el paquete, a menos que sea indicado de otro modo por el padre o encargado.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> El acetaminofén (El alivio del dolor / fiebre) | <input type="checkbox"/> Benadryl 25 mg. (Reacción alérgica a las picaduras de insectos / hiedra venenosa) |
| <input type="checkbox"/> El ibuprofeno (El alivio del dolor / fiebre) | <input type="checkbox"/> Calamina (alivio del picor al dar Benadryl) |
| <input type="checkbox"/> Maalox (malestar estomacal) | <input type="checkbox"/> Caladril (alivio del picor cuando no dan Benadryl) |
| <input type="checkbox"/> Leche de Magnesia (estreñimiento) | <input type="checkbox"/> Benadryl Crema (alivio del picor cuando no dan tabletas Benadryl) |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para la garganta (dolor de garganta) | <input type="checkbox"/> Tums (acidez y la indigestión) |
| <input type="checkbox"/> Tinactin (pie de atleta) | <input type="checkbox"/> Repelente de Mosquitos mavea off |
| <input type="checkbox"/> Blistex (lapiz laval) | <input type="checkbox"/> Filtro Solar en Crema Marca Coppertone |
| <input type="checkbox"/> Pepto Bismol (diarrea) | |
| <input type="checkbox"/> Sudafed (descongestionante nasal) | |
| <input type="checkbox"/> Robitussin (Tos síntomas de gripe / flujo) | |

Historia de la inmunización - Por favor, registre la fecha (mes / año) de la inmunización y las dosis de refuerzo más recientes. Con Estrella las vacunas deben estar al día)

La difteria, el tétanos, la tos ferina * (DTaP) o (Tdap)	Haemophilus influenzae tipo B (HIB)	Varicela (varicela) <input type="checkbox"/> Tubo varicela Fecha:
* Refuerzo contra el tétanos (dT) o (Tdap)	Neumocócica (PCV)	La meningitis meningocócica (MCV4)
Las paperas, el sarampión, la rubéola * (MMR)	Hepatitis B	Análisis de tuberculosis (TB) Fecha:
* Polio (IPV)	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo

¿Qué hemos olvidado preguntar? Describa en detalle en una hoja aparte cualquier información adicional acerca de la salud del participante que le parece importante o que puede afectar la capacidad del participante para participar plenamente en el programa de campamento.

Autorización para el Cuidado de la Salud

Este historial médico es correcto y refleja con exactitud el estado de salud del Participante a quien pertenece. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, excepto según lo observado por mí y / o un médico examinador. Doy permiso al personal del campamento para el cuidado de la enfermedad / lesiones menores

usando medicamentos over-the-counter / procedimientos como autorizado en la sección sobre medicamento over-the-counter. Doy permiso al médico seleccionado por el campamento para ordenar rayos x, pruebas de rutina y tratamiento relacionado a la salud de mi niño/a por ambos, ya sea por cuidado de rutina o en situaciones de emergencia. Si yo no puedo ser localizado en caso de emergencia, doy mi permiso al médico para hospitalizar, dar tratamiento seguro y adecuado para al

participante, inyección, anestesia o cirugía para este niño. Entiendo que la información en este formulario será compartida en "necesidad de saber" con personal del campamento. Doy permiso para fotocopiar este formulario. Además, el participante tiene permiso para obtener una copia del registro de salud de mi hijo, de los proveedores que tratan a mi hijo y estos proveedores puede hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo.

Firma de la persona encargada: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Si por razones religiosas o de otro tipo, no se puede firmar esto, póngase en contacto con el campamento para una exención legal, que debe ser firmado para asistir al campamento.

05-2225-04/2021

