

# YMCA CAMP CAMPBELL FORMA DE HISTORIA DE SALUD

(Llene un formulario para cada niño/a- Dos lados- Entregada 10 días antes de la llegada)

16275 Highway 9 Boulder Creek, CA 95006 (831) 338-2128 Fax (831) 338-9486

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_  M  F Edad \_\_\_\_ Cumpleaños \_\_ / \_\_ / \_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Apt \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Nombre de Madre: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Personas alternativas que serán llamadas en emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PERSONAS AUTORIZADAS DE RECOGER

Personas **autorizadas** de recoger a su niño(a), incluya padres:

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## REQUERIDO POR LEY

Si tienes seguridad.

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de poliza: \_\_\_\_\_

Medico Familiar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Día de la ultima visita al Medico: \_\_\_\_\_

Nombre del Maestro: \_\_\_\_\_

## VACUNACIÓN (Fechas Aproximadas)

DPT: \_\_\_\_\_ Sarampion: \_\_\_\_\_

Tetano: \_\_\_\_\_ Paperas: \_\_\_\_\_

Oral Polio: \_\_\_\_\_ Rubiola: \_\_\_\_\_

## ARCHIVO MEDICO PASADO / PRESENTE (POR FAVOR MARQUE)

Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampion	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Piojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampion Aleman	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reciente Hospitalización	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mojar la cama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras Enfermedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Debajo Cuidado de Doctor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caminar en el sueño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Ataque	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Viruelas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____

Por cada Sí que cheque, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALERGIAS O CUIDADOS ESPECIALES (POR FAVOR MARQUE)

Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pica de Abeja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hierda Venenosa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Abeja Kit? (botiquín)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras Drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comidas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros Insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Regimen Dietario?:  Si  No \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento?  Sí  No **Si es así por favor complete la forma al revés.**

Algunas restricciones que no permiten la participación en caminas largas, o juegos físicos?:  Sí  No

Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Necesidades especiales? (Por favor explique) \_\_\_\_\_

Para mujeres: ¿Ha empezado la menstruación?  Sí  No

Nombre del Participante: Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS ACTUALES: Requerido para los niños que están tomando algún medicamento

Favor de llenar con la información correcta, también incluya los inhaladores, recetas medicas y/o todos los medicamentos que su hijo este tomando y los anota en las siguientes líneas:

Nombre del medicamento	Cuando se le debe administrar	Tiempo y Dosis
Ejemplo: Penicilina	Diaria	1 tableta c/6 horas.
1). _____	_____	_____
2). _____	_____	_____
3). _____	_____	_____
4). _____	_____	_____

## MEDICAMENTOS QUE NO SON RECETADOS POR MEDICO:

Yo autorizo que los siguientes medicamentos serán administrados cuando sean necesarios:

Tylenol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Benadryl	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pepto Bismol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neosporin	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Chloraseptic	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pastillas para Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofen	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Crema de Calamine	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Esta historia médica es correcta, la persona adjunta tiene el permiso de gozar de todas las actividades del programa. Permito que el medico seleccionado por la YMCA pida radiografías, o exámenes de rutina y los tratamientos necesarios para mi hijo en el caso de que no pueda ser localizado yo en el momento de emergencia. Y por este medio permito que el medico del YMCA seleccione de un tratamiento seguro para mi hijo así como para aplicar inyecciones y anestias necesarias y/o le hagan cirugía en el caso de que sea necesario a mi hijo, con el nombre arriba mencionado. Nosotros reconocemos que el participante deberá de seguir las reglas o instrucciones de seguridad respeta las áreas designadas y a los trabajadores del campamento así como todas sus instrucciones. En el caso de que no se respetará las reglas se le suspenderá del campamento sin que se le sea regresado el pago del curso. Fotos (cámara fotográfica o video) de mi hijo pueden ser usadas como promoción del campamento.

Firma del padre o tutor X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## REGLAS Y RESPONSABILIDADES (Deberá de ser leída, entendida y firmada por los padres y el estudiante)

Nosotros les damos la bienvenida al campamento. Para proveer la experiencia mejor para todos, existen las reglas y las políticas del campamento que están establecidas, para que su estancia en el campamento sea segura.

**REGLAS DE LA CASA:** Tendrás que tratar a los demás así como tu deseas que te traten, la razón es sencilla y solo tendrás que respetar a los demás:

1. Habla por ti mismo, no por los demás.
2. Acepta a los demás y ellos te aceptarán, demuestra respeto, todos son importantes.
3. Evita los insultos - nadie los necesita.
4. Hazte responsable por ti mismo. Esto incluye tu coraje y lenguaje.
5. La YMCA no es responsable por objetos perdidos o dañados.

**REGLAS DE CABINA:** Son rápidas y duras y son aplicables para cada uno, todo esto es para prevenir accidentes en las cabinas, por favor no ignores estas reglas.

1. No jugar caballos, no brincar en las camas, no jugar con las almohadas, no saltar por las ventanas, no luchar.
2. No visitas en las otras cabañas. Esto podría causar suspensión y el regreso a tu casa.
3. No hacer mucho ruido en la cabina.
4. Durante el periodo de descanso los estudiantes deberán de permanecer en sus camas y procurar estar en silencio.
5. Cualquier daño a las instalaciones deberá de ser pagado por los padres.

**REGLAS EN EL CAMPO:** Estas reglas son muy importantes para que puedas tener una estancia segura en el campamento.

1. Caminar en lugar de correr, la única excepción es cuando su líder o maestro se lo indique.
2. Estar en línea, no usar atajos o cortar caminos, tú lo podrás hacer solo si tu líder o maestro te lo indican.
3. Estar cerca del grupo todo el tiempo.
4. No cargar palos o bastones, estos podrían romperse y causarte danos.
5. Usar pantalones /cortos todo el tiempo, zapatos cerrados y cómodos, no caminar descalzo fuera de las cabinas.
6. Recuerda conservar la tranquilidad durante el trayecto.
7. Todos los animales y plantas en el campamento están protegidas, por favor no las rompas o mates los animales, estos no son para coleccionar.
8. La basura pertenece al recipiente.

En el caso de que su hijo no respete las reglas del campamento será enviado a la casa sin reembolso alguno, y si este caso suceda los padres tendrán que arreglar el transporte del niño/a.

He leído y entendido todas las reglas del campamento y las seguiré durante mi estancia en el campo.

Firma del participante X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escuela:

Nombre

Nombre de Participante: Apellido