

Historia de la Salud

Niños/Jóvenes

Ministerio de Campamento
y Retiros Conferencia de
Oregon-Idaho

Después de llenar esta forma (de los dos lados) deberá mandarla para que llegue a las oficinas del campamento 10 días antes de inicio de éste, y así el personal del campamento sepa lo que participante necesita. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Si hay algún cambio después de llenar esta forma *puede hacer los cambios por escrito y entregarlos* cuando el participante llegue al campamento.

Fecha del Campamento _____

Nombre del Campamento _____

Site: Lagawa Macvader Suttle Lake SaWooth Wallowa Lake

Envíe esta forma **para que llegue cuando menos**
10 días antes del inicio del campamento.

Nombre del Participante _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre

Dirección _____ Sexo: Masculino Femenino

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre(s) de Padre/Tutor: _____

Teléfono _____ Otro/Celular _____

En caso de emergencia hablar a: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación con el Participante: _____

Tiene o sabe de alergias? Sí ___ No ___ Tiene reacción alérgica a medicinas: _____

Alergias a comidas: _____

Otras Alergias : _____

Escriba si tiene dieta especial: _____

Historia de Salud: (Marque lo que corresponda)

Ataques Epilépticos _____ Infecciones frecuentes de oídos _____ Problemas Menstruales _____ Asma _____

Dolores frecuentes de Garganta _____ Dolores de Cabeza _____ Moja la cama por la noche _____ Enfermedad del corazón _____

Dolor de espalda _____ Adicción a droga/alcohol _____ Deficiencia/problema con la atención _____ Diabetes _____

Otra cosa: _____

Algún otro tratamiento anterior: _____

El participante está usando algún tipo de medicina o droga? _____ Sí _____ No

Si lo está haciendo, por favor especifique y complete el reporte médico al reverso: _____

El participante está al corriente de sus vacunas necesarias para la escuela? _____ Sí _____ No

Fecha de la última vacuna contra el Tétano: _____ Tipo de sangre _____ (si lo sabe)

El participante tiene algún problema de salud (por ejemplo; alergias, enfermedad crónica) o alguna circunstancia especial que le pueda afectar el la participación del programa, necesidad con la habitación, o algo que deberíamos saber antes de un tratamiento de emergencia? **Yes** _____ **No** _____

Si lo hay, por favor explíquelo: _____

Seguro Médico familiar: Sí ___ No ___ Nombre del asegurado: _____

Compañía: _____ # de Grupo _____ # de Póliza _____

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Autorización del Padre/Tutor:

Mi hijo(a) tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento bajo supervisión a menos que haya limitaciones anotadas anteriormente. Y estoy de acuerdo de que el campamento y su personal no sea considerado responsable por cualquier accidente que ocurriera. Yo por lo tanto doy permiso al campamento para que provea un cuidado de salud rutinario, administre la medicina, y busque tratamiento médico de emergencia incluyendo rayos-x o exámenes de rutina. Estoy de acuerdo en que se dé a conocer cualquier información necesaria para los propósitos de seguro medico. Y doy permiso al campamento de encargarse de lo necesario para lo relacionado a la transportación de mi hijo. En caso de que no pueda ser comunicado de emergencia, doy permiso al doctor elegido por el campamento para dar tratamiento, incluyendo hospitalización, para la persona arriba nombrada. Esta forma puede ser copiada para viajes fuera del campamento.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Por favor llene el otro lado de esta forma.

Permiso para administrar medicinas

*Ministerio para Campamentos & Retiros
Camp Latgawa, Camp Magruder, Sawtooth Camp, Suttle Lake Camp & Wallowa Lake Camp*

Yo, Padre o Tutor de _____ doy mi permiso a la persona que provee Cuidado de salud y está designada para dar las medicinas (o equivalentes genéricos) a mi hijo(a), de acuerdo con las recomendaciones y la dosis indicadas a continuación. Estas medicinas están a disposición en el campamento y no es necesario traerlas.

	Sí	No		SI	NO
Tylenol: caso leve de fiebre	_____	_____	Benadryl: Síntomas de alergia	=====	=====
Ibuprofen: caso leve de fiebre	_____	_____	Antacid: dolor de estómago	=====	=====
Throat Lozenges: Tos o dolor de garganta	_____	_____	Antidiarrea!: Contra diarrea	_____	_____
Cremas: comezón, quemadas, piquetes de insectos	_____	_____			

Permiso para que se sigan las recomendaciones del Control de Venenos de Oregon o Idaho.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha** _____

Por favor anote todas las medicinas (incluyendo las no recetadas) que el participante toma normalmente. Traiga las medicinas en el envase original (nombre del doctor, dosis y horario) y lo suficiente para todos los días del campamento.

Med#1 _____ Dosis _____ Horario diario _____

Razón por lo que la toma _____

Med#2 _____ Dosis _____ Horario diario _____

Razón por lo que la toma _____

Med#3 _____ Dosis _____ Horario diario _____

Razón por lo que la toma _____

Puede agregar más hojas si es necesario.

Todas las medicinas en el envase original.

NOTA: El Campamento le notificará si su hijo(a) tiene los siguientes síntomas:

- o Cualquier enfermedad que tenga más de 24 horas; incluyendo fiebre, tos, expulsión excesiva de líquidos, reacciones alérgicas, fatiga excesiva.
- o Cualquier herida que le cause dolor excesivo y prolongado, descoloración y/o inflamación.
- o Cualquier condición que no pueda ser tratada lo suficiente por el personal del campamento.
- o Cualquier condición que requiere transportación a otro servicio médico.

Al momento de llegada:

Verificación de la forma de salud _____ por _____
Fecha Iniciales

Forma de salud Actualizada _____ por _____
Fecha Iniciales