|  |
| --- |
| **Sesión de campamento de verano** (por favor circule uno):  1 2 3 4 5 6 7 8a 8b 9  Eco-Investigadores Art & Science |



**Fondo de Campista**

PO Box AB, (2801 Sharon Turnpike) Millbrook, NY 12545 845-677-7600 x 303

**Los plazos formularios de presentación:** **Sesiones de 1-4/Eco-Investigadores*:*** **13** **de junio;** **Sesiones 5-9: 11 de julio**

**Nombre de campista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Identidad de género\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Padre/guardián 1**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono Primario**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono secundario **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Dirección del hogar **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Correo electrónico **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* Padre/guardián 2**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono Primario**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono secundario **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Dirección del hogar **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Correo electrónico **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Contacto de** **Emergencia** **s** (si el padre o tutor no está disponible) Esta persona debe tener la capacidad de recoger al niño dentro de los 30 minutos si no podemos comunicarnos con el padre/tutor. Los números de teléfono deben estar de los estados unidos.

 1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono primario**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Teléfono secundario **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ubicación durante el campamento **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Relación con Camper **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* 2) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Teléfono primario**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Teléfono secundario**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ubicación durante el campamento **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Relación con Camper **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información del seguro**: ¿La caravana está cubierta por el seguro médico/hospitalario familiar? \_\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

Si es así, indique el nombre del transportista o de la compañía: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Grupo #**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del medico**  | **Nombre del dentista**  | **Nombre del ortodoncista**  |
| **Telefono del medico**  | **Teléfono del dentista**  | **Ortodoncista telefono**  |

|  |
| --- |
| ***Preferencia hospitalaria*** (marque uno): □ Hospital Sharon (Sharon, CT) □ Hermanos Vassar (Poughkeepsie) □ Regional de Mid-Hudson (Poughkeepsie) □ Sin preferencia  |

**Por favor proporcione respuestas completas y honestas con respecto a la salud de su hijo.** **Estas formas serán leídas únicamente por** **personal del** **campo** **y la administración,** **el** **director de salud** **y el personal de emergencia.**

**1) POR FAVOR REVISE** **UNA** **CAJA**

 Este niño **NO toma medicamentos** de forma rutinaria. (Ir a la pregunta 2) O

 Este niño **toma** medicamentos, como se describe en las órdenes obligatorias del médico:

Tenga en cuenta las discrepancias entre los medicamentos que aparecen en el formulario de “Órdenes médicos obligatorios” y lo que su hijo tomará en el campamento. **Incluso las medicinas sin receta requieren una nota firmada por el médico. Esto incluye cremas de primeros auxilios.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los campistas que toman cualquier medicamento recetado mientras están en el campamento **DEBEN poder auto-administrarse el medicamento** bajo la supervisión del Director/designado de salud del campamento. Los directores de salud del campamento solo pueden dispensar medicamentos que se enumeran en el "Formulario de examen de salud escolar del estado de Nueva York".

 **2)** **Alergias:** enumere todas las alergias a alimentos, animales, medicamentos y otras sustancias (p . Ej., Picaduras, fiebre del heno, etc.) y describa la reacción / manejo de la reacción.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*\*** Debido a que pasamos tanto tiempo lejos, llevamos a n **epi-pen** que será administrado si una caravana con alergias previamente desconocidos entra en shock anafiláctico. Nos esforzaremos al máximo para comunicarnos con el personal del Servicio de Emergencias Médicas antes de administrar el epi-pen, y nos pondremos en contacto con el padre / tutor del niño tan pronto como sea posible. Hable con el personal del campamento de Cary si tiene preguntas o inquietudes sobre este protocolo.

**3** **) Restricciones** (Las siguientes restricciones se aplican a este individuo.)

**No comer:**      Productos lácteos       Nueces      Otro (describa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Explicar cualquier restricción a la actividad física.** (qué adaptaciones o limitaciones son necesarias) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4** **)** **Historia de la salud**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tiene / hace el campista ...**  | **Círculo uno** | **Explique si “Sí.”** |
| 1. ¿Ha tenido alguna lesión reciente, enfermedad o enfermedad infecciosa?  | Yes No |  |
| 2. ¿Tiene una enfermedad / afección crónica o recurrente?  | Yes No |  |
| 3. ¿Alguna vez te han operado?  | Yes No |  |
| 4. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?  | Yes No |  |
| 5. ¿Tiene ADHD u otras diferencias en el desarrollo neurológico? | Yes No |  |
| 6. ¿Alguna vez tuvo una lesión en la cabeza?  | Yes No |  |
| 7. ¿Tiene diabetes?  | Yes No |  |
| 8. ¿Tiene asma?  | Yes No |  |
| 9. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?  | Yes No |  |
| 10. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a las abejas / nueces / animales?  | Yes No |  |

**Comparta cualquier información sobre el comportamiento del participante, la salud física, el bienestar emocional u otras necesidades que nos ayuden a brindar el mejor apoyo posible durante el campamento.**

Nuestras actividades incluyen juegos grupales e individuales, experimentos, manejo de peces y insectos, artes y manualidades, y caminatas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6)** **Protector solar / Repelente de insectos:** En junio de 2017, la Asamblea del Estado de Nueva York aprobó una ley de salud pública que permite a los campistas de verano llevar repelente de insectos con el permiso por escrito de un padre o tutor. El objetivo de esta ley es proteger a los niños contra las garrapatas de patas negras, que se sabe que son portadoras de la enfermedad de Lyme.

De acuerdo con esta legislación, debemos mantener un registro escrito si otorga permiso para que su hijo: 1) lleve su propio repelente de insectos y 2) reciba asistencia del personal del campamento para aplicar su repelente de insectos si solicita nuestra ayuda.

Le doy permiso a mi hijo para que lleve repelente de insectos esta semana y para que el personal del campamento los ayude con la aplicación de repelente si piden ayuda: S í \_\_\_\_ N o \_\_\_\_\_

Doy permiso para que Cary Instituto para proporcionar la siguiente información para mi hijo si no traen su propia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Protector solar aprobado por la FDA**  | S í | No |
| **Repelente de insectos****aprobado por la FDA**  | S í | No |

**7)** **Consentimiento de** **foto** **/ video:** tomamos muchas fotos para compartir con las familias y, a veces, nos gusta usar fotografías y videos de Camp en nuestros anuncios y boletines. Para cada uno de los siguientes, escriba sus iniciales si está de acuerdo en permitirnos usar la imagen de su hijo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sitio web de Cary y materiales impresos (por ejemplo, boletines, publicidad)**  | **Cary redes sociales** **(Instagram, Facebook)**  | **Álbum de Google Fotos** **(solamente compartido con las familias del campamento)**  |
| Foto  |    |   |   |
| Vídeo  |    |   |   |

**AUTORIZACIÓN** **DEL GUARDIÁN**

Por lo que sé, este historial de salud es correcto y completo, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, excepto en lo que se indica. Por este medio doy mi permiso al campamento para brindar atención médica de rutina, supervisar la autoadministración de medicamentos y buscar el tratamiento médico de emergencia adecuado. Acepto la divulgación de cualquier registro necesario para fines de tratamiento, derivación, facturación o seguro. Doy permiso al campamento para organizar el transporte relacionado necesario para mí / mi hijo. Se harán todos los esfuerzos posibles para contactarme en caso de una emergencia, pero en caso de que no pueda contactarme en una emergencia, por la presente autorizo ​​al médico seleccionado por el campamento para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, para la persona nombrada arriba Este formulario completo puede ser fotocopiado.

**Firma del padre / guardián:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_