



ÓRDENES MÉDICOS OBLIGATORIOS PARA EL CAMPAMENTO DE VERANO

PO Box AB, (2801 Sharon Turnpike) Millbrook, NY 12545; 845-677-7600 x 101

Esta página debe ser completada y firmada por el médico de su hijo/a.

Los plazos formularios de presentación: Sesiones de 1 – 4: 21 de junio; Sesiones 5 - 8: 19 de julio

Nombre del campista: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del campista: _____

Sesión: 1 2 3 4 5 6 7 8

Medicamentos estándar sin receta / PRN

(Los siguientes medicamentos están disponibles y se administrarán a discreción del Director de Salud o su designado, si la aprobación está indicada por el Proveedor de atención médica del campista).

Nombre de la droga	Ruta	Dosificación	Indicaciones	Orden del médico	Comentarios
Ungüento antibiótico	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Cortes / abrasiones superficiales	Si no	
Crema de hidrocortisona	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Reacciones alérgicas (dermatitis de contacto, picaduras de insectos)	Si no	
Crema de primeros auxilios y quemaduras	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Dolor / picazón de cortes menores, quemaduras, raspaduras	Si no	
Solución salina / lavado de ojos	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Polvo / arena / escombros en el ojo	Si no	
Parada de picadura	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Picadura de insecto o contacto con ortiga.	Si no	
Toallitas con alcohol	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Cortes / abrasiones superficiales	Si no	

Medicamentos recetados: esto incluye Epi-Pens, Ritalin, etc. Complete con el régimen actual del paciente para los medicamentos programados y PRN.

Nombre de la droga	Ruta	Dosis y horario	Indicaciones	Orden del proveedor de atención médica	Comentarios

Los campistas que toman cualquier medicamento recetado mientras están en el campamento **DEBEN poder auto administrarse el medicamento** bajo la supervisión del Director de Salud del Campamento o su designado. Los directores de los campamentos de salud solo pueden dispensar los medicamentos que figuran en esta lista por el médico del niño.

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____ Nº de licencia: _____

Dirección: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, ¡recuerde completar ambos lados de este formulario!



Registro de inmunización para el campamento de ecología

PO Box AB, (2801 Sharon Turnpike) Millbrook, NY 12545

845-677-7600 x 101

Esta página (o un formulario similar que muestre la prueba de vacunación) debe estar firmada por un médico.

Los plazos formularios de presentación: Sesiones de 1 – 4: 21 de junio; Sesiones 5 - 8: 19 de julio

Nombre del campista: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del campista: _____

Sesión: 1 2 3 4 5 6 7 8

Querido Médico,

Adjunte un Registro de vacunación para el niño mencionado arriba y firme abajo.

Certifico que la lista adjunta de vacunas presentada refleja las vacunas requeridas / recomendadas para las siguientes enfermedades:

Todos los grados (los grado 2 a 12):

- Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td)
- Hepatitis B vaccine
- Measles, Mumps, & Rubella vaccine (MMR)
- Polio vaccine (IPV/OPV)
- Varicella (Chicken Pox) vaccine

Escuela intermedia y secundaria - Además de las vacunas mencionadas anteriormente, se requieren las siguientes para los estudiantes de secundaria y preparatoria:

- **Los grados 6 a12:** Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap)
- **Los grados 7 a 12:** Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY)

Firma del médico _____ Fecha _____



MANDATORY PHYSICIAN'S ORDERS for SUMMER CAMP

P.O. Box AB, (2801 Sharon Turnpike) Millbrook, NY 12545 845-677-7600 x 101

This page must be filled out and signed by your child's Physician

Form Submission Deadlines: Sessions 1 – 4: June 21, Sessions 5 – 8: July 19

Camper's Name: _____ DOB: _____

Camper's Address: _____

Session: 1 2 3 4 5 6 7 8

Standard Over the Counter/PRN Medications

(The following medications are available and will be administered at the discretion of the Health Director or Designee, if approval is indicated by the camper's Healthcare Provider.)

Drug Name	Route	Dosage	Indications	Physician's Order		Comments
Antibiotic Ointment	Topical	Per label instructions	Superficial cuts/abrasions	Yes	No	
Hydrocortisone Cream	Topical	Per label instructions	Allergic reactions (contact dermatitis, insect bites)	Yes	No	
First Aid & Burn Cream	Topical	Per label instructions	Pain/itching from minor cuts, burns, scrapes	Yes	No	
Saline Solution/ Eye Wash	Topical	Per label instructions	Dust/sand/debris in eye	Yes	No	
Sting Stop	Topical	Per label instructions	Insect bite or contact with stinging nettle	Yes	No	
Alcohol Wipes	Topical	Per label instructions	Superficial cuts/abrasions	Yes	No	

Prescription Medications: This includes Epi-Pens, Ritalin, etc. Please complete with the patient's current regimen for both scheduled and PRN medications.

Drug Name	Route	Dosage and Schedule	Indications	Health Care Provider Order	Comments

Camper's taking any prescription medications while at camp **MUST be able to self-administer the medication** under the supervision of the Camp Health Director/Designee. Camp Health Directors are only permitted to dispense medications that are listed on this form by the child's doctor.

Physician's Name: _____ Phone #: _____ License #: _____

Address: _____ Signature: _____ Date: _____

Please remember to complete both sides of this form!



Immunization Record for Ecology Camp

P.O. Box AB, (2801 Sharon Turnpike) Millbrook, NY 12545 845-677-7600 x 101

This page (or a similar form showing proof of immunization) must be signed by a Physician

Form Submission Deadlines: Sessions 1 – 4: June 21, Sessions 5 – 8: July 19

Camper's Name: _____ DOB: _____

Camper's Address: _____

Session: 1 2 3 4 5 6 7 8

Dear Physician,

Please attach an Immunization Record for the child named above and sign below.

I certify that the attached list of immunizations submitted reflect the required/recommended immunizations for the following diseases:

All grades (2nd through 12th):

- Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td)
- Hepatitis B vaccine
- Measles, Mumps, & Rubella vaccine (MMR)
- Polio vaccine (IPV/OPV)
- Varicella (Chicken Pox) vaccine

Middle & High School (6th and up) - *In addition to* the vaccines listed above, the following are required for middle and high school students:

- **Grades 6-12:** Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap)
- **Grades 7-12:** Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY)

Physician's signature _____ Date _____