

Forma de Historia de Salud del Campamento Collins YMCA- Por Favor enviar con Registración.

Nombre completo del niño(a) _____ Edad en Campamento: _____ Fecha de Nac. _____ Género: M F

Información de Contacto de Emergencia (Si no se ubicará al padre)

Contacto de Emergencia 1: _____ Parentesco: _____

Teléfono de casa: _____ Telefono de trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____

Contacto de Emergencia 2: _____ Parentesco: _____

Teléfono de casa: _____ Telefono de trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____

Información de Seguro – está el participante cubierto por seguro medico/hospital familiar? SI No

De ser así indique el nombre del plan _____ # de Póliza _____

Nombre del Titular de la Póliza _____ Parentesco con el participante _____

Teléfono de Seguro _____ Fecha de Nac. Del titular de la Póliza _____

Historia de Salud - La siguiente información debe ser completada por el padre/guardián o miembro del personal adulto. Usamos este dato para proveer al personal de cuidado de la salud con información de antecedentes del acampador/personal y para educar al personal consejero sobre las necesidades de los acampantes.

Comportamiento, Social, Desarrollo y otras consideraciones: _____

Alergias: Por Favor marque todas las que apliquen al participante.

Este participante no tienen alergias conocidas.

Este participante tiene una alergia a las siguientes comidas: _____ causa anafilaxia? SI NO

Describe la reacción y que se hace para manejarla: _____

Este participante es alérgico a los siguientes medicamentos: _____ causa anafilaxia? SI NO

Describe la reacción y que se hace para manejarla: _____

Este participante es alérgico a las siguientes sustancias : _____ causa anafilaxia? SI NO

Describe la reacción y que se hace para manejarla: _____

Dieta: Por favor marque todas las que apliquen al participante. Podemos trabajar con algunas dietas medicadas pero no podemos atender a preferencias de comida individual. Contacte a la oficina del campamento al 503.663.5813 si tiene preguntas con respecto a la dieta del participante mientras este en el campamento.

El participante come una dieta regular variada y está preparado para comer un amplio rango de comidas.

El participante es intolerante al gluten

El participante es intolerante a la lactosa

El participante es vegetariano Tipo: _____

El participante es vegano

Otro, por favor describa: _____

Autorización de Padre/Guardián para Cuidado de la Salud: Esta historia de salud es correcta, y la persona descrita tiene permiso de participar en todas las actividades del campamento excepto en las que yo o su médico anote en la parte de atrás de esta forma. Yo testifico que todas las vacunas requeridas para la escuela están al día. Doy permiso al personal médico seleccionado por Campamento Collins YMCA a brindar cualquier información que sea necesaria para propósitos de seguro y proveer o arreglar el transporte necesario relacionado para mi /mi hijo(a) en caso de emergencia médica. Si yo no pudiera ser ubicado en una emergencia, doy permiso para que el médico asegure y administre tratamiento, incluyendo hospitalización, para mi niño(a). Esta forma completa puede ser fotocopiada. Yo entiendo que la información acerca de mi niño(a) puede ser compartida en base de conocimiento necesario con otro miembro del personal del campamento.

Firma del padre custodio/guardián o personal adulto

Fecha

Yo, _____comprendo y estoy de acuerdo en cumplir con cualquier restricción relacionada
Nombre del acampante

a la salud colocada en mis actividades de campamento.

Firma del menor participante

Fecha

Nombre del niño(a)

Sesión de Campamento

Nombre de cabaña

Preocupaciones Crónicas

Este participante no tiene preocupaciones de salud crónicas y es capaz de participación total en este programa

Este participante tiene las siguientes preocupaciones de salud crónicas: (Marque todas las que aplican)

- Asma
- Dolores de cabeza severos
- Sonambulismo
- Diabetes
- Calambres Menstruales
- Infecciones del oído frecuentes
- Resfriados
- Incontinencia Nocturna
- Desorden de Convulsión
- Historia de cirugía
- Desmayos
- Otra, por favor describa:_____

	YES	NO		YES	NO
1. Ha tenido una lesión reciente enfermedad contagiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Algun Problema de la espalda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguna vez estado hospitalizado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Problema con articulaciones (rodillas, tobillos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ha tenido una lesión en la cabeza en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Tiene un aparato ortodontista en campamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ha perdido alguna vez el conocimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Tiene problemas de piel (picazón, erupción, acné)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Usa lentes, de contacto o protección visual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Ha tenido mononucleosis en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se ha desmayado durante o después de ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Tuvo problemas diarrea/estreñimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dolores en el pecho durante o después de ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. De ser femenina, tiene ciclos menstruales anormales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tiene presión sanguínea alta o baja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Tiene un desorden alimenticio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			18. Alguna condición física, mental o psicológica actual requirente		

Explique las que respondió con sí y anote # de pregunta

Nombre del médico familiar _____ Teléfono _____

Nombre del dentista/ortodontista _____ Teléfono _____

<p>Cuál de las siguientes enfermedades ha tenido el participante?</p> <p>_____ Sarampión _____ Paperas</p> <p>_____ Varicela _____ Hepatitis</p> <p>_____ Sarampión Alemán</p> <p>_____ Fecha del último prueba de tuberculina. Resultado:</p>	<p>Verificación de Vacunas</p> <p>Mi hijo(a) recibió su vacuna del tétano (DTP o refuerzo) el</p> <p style="text-align: center;">/ (Esta información se requiere en caso de emergencia médica)</p> <p style="text-align: center;">Mes/ Año</p> <p>D Yo verifico que mi hijo(a) está al día con todas las vacunas requeridas para la escuela.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Medicamentos — Se le pedirá completar una tarjeta de "medicamentos que están siendo tomados el primer día de campamento si su hijo(a) tomara medicamento durante su estadía en el campamento. Medicamentos (tanto de prescripción como los que no) serán aceptados y dispensados por el Oficial de Salud si son proveídos en su contenedor original y con la etiqueta de prescripción actualizada. Por favor revise las etiquetas de medicación y fechas de expiración antes de su llegada al campamento. Los siguientes medicamentos surtidos en la casa de salud del campamento son usados para manejar enfermedades o lesiones y dispensados

_____ Acetaminofeno (Tylenol)	_____ Medicina para la toz	_____ Formula Nocturna de refrió	_____ Tinactin (Fungicida)
_____ Aloe	_____ Pastillas para la toz genéricas	_____ Pepto Bismol Tabletas	_____ Crema antibiótica
_____ Medicamentos para Alergia	_____ Ibuprofeno	_____ Pseudoephedrine (Sinus)	
_____ Benadryl	_____ Kacpectate (Anti-Diarreico)	_____ Pastilla/Espray dolor de garganta	Todo Bien (iniciales)

Hay alguna actividad de campamento por la cual el participante deba estar exento por razones de salud? Si es así por favor indique

Hay alguna otra información que tenga impacto en la habilidad de participación total del programa? Por favor indique:

Para uso del personal únicamente :Información Verificación y chequeo de salud completado por:	
Nombre del Personal (impreso)	Fecha



Lista de Cotejo de que traer a la Escuela al Aire Libre de Campamento Collins YMCA

Unas cuantas palabras de consejo:

- Actividades pasan lluvia o sol asegúrese de empacar adecuadamente!
- Traiga ropa usada. Ropa nueva se maltrata rápidamente en campamento!
- Todos los artículos deben ser marcados con nombre de su hijo(a)
- Los estudiantes deben limitarse a una maleta o un maletín

Requeridos:

Cama

- ___ Bolsa de dormir abrigadora o saco de dormir de 3 mantas
- ___ Almohada

Ropa

- ___ Pijamas
- ___ Zapatos de caminata resistentes (2 pares)
- ___ Muda diaria de medias y ropa interior
- ___ Camiseta (gruesa y delgada)
- ___ Sweater o Polera
- ___ Pantalón largo (2 pares)
- ___ Impermeable o Poncho, Pantalones de lluvia
- ___ Botas a prueba de agua (o zapatos extra)
- ___ Chamarra abrigadora
- ___ Gorro y guantes
- ___ Bolsa Plástica (para ropa sucia)

Tocador

- ___ Cepillo de dientes y pasta dental
- ___ Jabón y shampoo
- ___ Toalla y toallita
- ___ Peine o Cepillo
- ___ Bloqueador , protector de labios

Equipo

- ___ Botella de agua para caminatas
- ___ Mochila pequeña para artículos

Recomendados

- ___ Linterna y baterías extra
- ___ Libros
- ___ Papel y lápices de colores y lapiceros.
- ___ Dinero para Tienda de Campamento (Chequear con maestro)

No Traer

- Artículos de valor
- Cañas de pescar, Bicicletas, Patines, Skateboards
- Radios, MP3/CD players, Juegos Electrónicos, Celulares
- Cuchillos, Fósforos, fuegos artificiales
- Comida, golosinas, goma de mascar, soda u otras bebidas
- Secadores de cabello, Rizadoras de Cabellos , otros artículos eléctricos
- Cosméticos, espray para el cabello

YMCA Camp Collins no es responsable de los daños o pérdidas de cualquier artículo personal traído al campamento, por favor deje artículos de valor en casas.