## HISTORIAL DE SALUD DE CAMPISTA FORMULARIO 1

Elaborado y revisado por: la Asociación de campamentos estadounidenses, la Academia estadounidense del consejo pediatra sobre salud escolar, y la Asociación de enfermeras de

Mande este formulario a la dirección que aparece a continuación

Cazadero Music Camp P.O. Box 7908, Berkeley, CA 94707 o escanee y envíe por correo a emily@cazadero.org

Fechas que asistirá al campamento: desde_	hasta_		
	Mes/Día/Año	Mes/Día/Año	
Nombre de campista:			
Primer Nombre	Segundo Nombr	re Apellido	
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro Fecha de n.	acimiento Mes/Día/Año	Edad al llegar al campamento:	
A los padres/tutores: Por favor siga las instruc 1) Complete las páginas 1, 2 y 3 de este formula		Adjunte información adicional si sea necesario.	Nombree

Segundo Nombre

uso del campamento) Cabaña o

uso del campamento) Código(s) de sesión(es)

Si tiene más de 18 (es decir, empleados) se puede parar y enviar el formulario al campamento.

2) Padres de campistas: Complete la parte superior de la página 4 (RECOMENDACIONES DE SALUD DE CAMPISTA) y proporcione las páginas 1-4 <u>al pediatra de su hijo/a</u> para revisión y finalización. 3) Después de que la página 4 se ha sido completada y firmada por su pediatra, envíe todas las páginas al campamento. 4) EMPLEADOS DEL CAMPAMENTO: La página 4 no es necesaria para los mayores de 18 años de edad. Información de contacto en caso de emergencia: Por favor complete todos los 3 nombres de contacto. Dirección de campista: Calle y número Código postal 1) Padre/madre/tutor con custodia legal que debe ser contactado/a en caso de enfermedad o herida: Teléfono de contacto principal: \_\_\_ Relación Nombre: \_a Campista:\_ Teléfono preferido: Dirección: (Si es diferente de la anterior) Calle y número Ciudao Código postal 2) Segundo padre/madre/tutor u otro contacto de emergencia: Relación Teléfonos preferidos: ( Nombre: a Campista: 3) Contacto adicional en el caso de que no se encuentran los padres/tutores: Relación Nombre: Teléfonos preferidos: ( a Campista: Alergias: □ No tiene alergias conocidas. □ Este/a campista tiene alergias a:□Comida □Medicamentos □ El medio ambiente (picaduras de insectos, la fiebre del heno, etc.) □ Otras (Describa a continuación las alergias y la reacción observada.) Dieta, Nutrición: 🗆 Este/a campista come una dieta regular. 🗅 Este/a campista come una dieta vegetariana regular. 🗅 Este/a campista es intolerante a la lactosa. ☐ Este/a campista tiene intolerancia al gluten. Este/a campista come una dieta regular con la excepción de: no come carne de res no come carne de puerco no come la carne de ave no come pescado/mariscos no come huevos (Describa los detalles aqui.) Restricciones: ☐ He revisado el programa y las actividades del campamento y creo que el/la campista puede participar sin restricciones. ☐ He revisado el programa y las actividades del campamento y creo que el/la campista puede participar con las siguientes restricciones o adaptaciones. (Describa a continuación.) Información de Seguro Médico: Este/a campista tiene cobertura de seguros médicos/hospitalarios ☐ Sí ☐ No Incluya una copia de su carnet del plan se seguros, si procede; copia los dos lados del carnet para que la información sea legible. Compañía de seguros\_ Número de Póliza Suscriptor Número de teléfono ( Autorización de los padres/tutores para el cuidado de la salud: Este historial de salud es correcto y refleja con exactitud el estado de salud del/de la campista a quien pertenece. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, salvo lo que se indique por mí y/o un médico examinador. Doy permiso al médico seleccionado por el campamento ordenar radiografías, exámenes de rutina y tratamiento relacionado con la salud de mi hijo/a por tanto atención médica rutinaria y en situaciones de emergencia. Si no puedo ser contactado/a en una emergencia, doy mi permiso al médico para hospitalizar, asegurar un tratamiento adecuado, y pedir una inyección, anestesia o cirugía para este/a niño/a. Entiendo que la información de este formulario será compartida con la "necesidad de saber" con personal de campamento. Doy permiso para fotocopiar este formulario. Además, el campamento tiene permiso de obtener una copia del expediente médico del mi niño/a de los proveedores que traten a mi hijo/a y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi niño/a. Firma de relación de custodia Padre/madre/tutor \_\_\_Relación a Campista: \_\_ Padres/tutores (por favor escriba con letra de molde su nombre) Página 1/4

concejo podratra costre carac	coosiar, y la ricociación de c	memerae de edinpamente		Fecha de nacimiento:	Mes/Día/Año		
		ño de cada inmunización. L les las copias de inmuniza		` '	•		•
Inmunización	Dosis 1 mes/año	Dosis 2 mes/año	Dosis 3 mes/año	Dosis 4	1	Dosis 5 mes/año	Dosis más reciente mes/año
La difteria, el tétanos, la tos ferina (DTaP) o (TdaP)							
Vacuna antitetánica de refuerzo★ (dT) o (TdaP)							
Las paperas, el sarampión, la rubéola (MMR) La polio (IPV)							
Haemophilus influenzae tipo B (HIB) Vacuna							
antineumocócica (PCV) Hepatitis B							
Hepatitis A							
La varicela / □ La ha tenido, Fecha:							
La meningitis meningococo (MCV4)							
Prueba de Tuberculosis	` ,	Fecha: nizado/a, por favor firme	la siguiente decla	□ Negativo □ Pos		mi hijo de no s	ser totalmente
<b>nmunizado/a.</b> Firma de	·	·•	_		Relación	-	
padre/madre/tutor:  Medicamento:	Este/a campista no tend	rá ningún medicamento dia	Fecha: ario mientras en el	campamento.	al/ a la Cam	ipisia	
"Medicamento" es cualqu medicamentos estén e	uier sustancia que toma u n el envase original co	os siguientes medicamento una persona para mantene <u>n las etiquetas</u> que mue lo el tiempo del campamo	er y/o mejorar su s e <b>stran el nombre</b>	alud. Esto incluye vitamin			
Nombre del medicament	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	Razón para to		uando es tomado	Cantidad o dosis	c C	ómo se administra
				Desayuno Almuerzo Cena A la hora de acostarse Otro momento:			
				Desayuno Almuerzo Cena A la hora de acostarse Otro momento:			
				Desayuno Almuerzo Cena A la hora de acostarse Otro momento:			
				Desayuno Almuerzo Cena A la hora de acostarse Otro momento:			
		quieren receta médica p dicamentos de venta libro					
Te gustaría ser contacta	do/a antes de que el/la	campista reciba cualquier	· medicamento ο ι	ıngüento de venta libre?	□Sí □No		
Copyright 2014 por	American Camping Asso	ciation, Inc.	Página 2/	4		Rev	v.1/2014/EAW LEE

Nombre de campista:

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

HISTORIAL DE SALUD DE CAMPISTA FORMULARIO 1

Elaborado y revisado por: la Asociación de campamentos estadounidenses, la Academia estadounidense del

## HISTORIAL DE SALUD DE CAMPISTA FORMULARIO 1

Elaborado y revisado por: la Asociación de campamentos estadounidenses, la Academia estadounidense del consejo pediatra sobre salud escolar, y la Asociación de enfermeras de campamento

Copyright 2014 por American Camping Association, Inc.

Nombre de campista:			
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de nacimiento:			
	Mes/Día/Año		

Rev.1/2014/EAW LEE

Historia General de Salud: Marquer 'Si' o 'No' para cade declaración. Explique las respuestas de 'Si' a continuación.    SI   No			Mes/Día/Año	
Ha estado alguna vez hospitalizado	Historia General de Salud: Marque "Sí" o "No" para ca	da declaración. Ex <sub>l</sub>	plique las respuestas de "Sí" a continuación.	
Nat tenido una cirugia	ndique si el/la participante:		11. Un desmovedo o los sufrido do moroos	
Nene enfermedades crónica/recurrentes	· ·		·	
Ha tenido una enfermedad infecciosa reciente	, and the second se			
. Hat tenido una lesión recentre	·			
Time diabetes				
Sin No			· ·	
to 8. Ha tenido convulsiones	·		, , ,	
Nate tenido dolores de cabeza				
0. Usa gafas, contactos o gafas protectoras				
Salud Mantal, Emocional, y Social; Marque "Si" o "No" para cada declaración.  Para vajes fuera del país, por favor nombre los países visitados y las fechas del viaje.    Para la mejor atención para su campista, por favor conteste las siguientes preguntas correctamente, tiene el/la campista:   1. Ha sido alguna vez tratado para el trastorno por falta de atención (ADD) o trastorno por falta de atención/hiperactividad (AD/HD)?			·	
Para la mejor atención para su campista, por favor conteste las siguientes preguntas correctamente, tiene el/la campista:  1. Ha sido alguna vez tratado para el trastorno por falta de atención (ADD) o trastorno por falta de atención/hiperactividad (AD/HD)?	campamento.	·	egunta. Incluye cualquier dispositivo ortopédico (ie muletas, apa	ıratos ortopédicos, etc.) que será llevado (
Proveedores de atención de salud:  Nombre del médico primario de campista(s):	Para la mejor atención para su campista, por favor cont 1. Ha sido alguna vez tratado para el trastorno por fa 2. Ha sido tratado por dificultades emocionales o de o 3. Durante los últimos 12 meses, vistó un profesional 4. Ha tenido un evento significativo en la vida que sig	teste las siguientes Ita de atención (AC comportamiento o I para abordar prol que afectando el bio	preguntas correctamente, tiene el/la campista:  DD) o trastorno por falta de atención/hiperactividad (Al un trastorno alimentario?  blemas de salud mental/emocional?  enestar del/de la campista?	Sí □ No □ Sí □ No □ Sí □ No
Nombre del ortodontista(s):  Nombre del ortodontista(s):  Z <u>Qué hemos olvidado preguntarle?</u> Sirvase proporcionar en el espacio de abajo cualquier información adicional acerca de la salud del/de la campista que sea importante o que pueda afectar la capacidad de participar plenamente en el programa del campamento. Adjunte información adicional si sea necesario.  Empleados de más de 18 años de edad: Deténgase aquí.				
Nombre del ortodontista(s):	Nombre del médico primario de campista(s):			
¿Qué hemos olvidado preguntarle? Sírvase proporcionar en el espacio de abajo cualquier información adicional acerca de la salud del/de la campista que sea importante o que pueda afectar la capacidad de participar plenamente en el programa del campamento. Adjunte información adicional si sea necesario.  Empleados de más de 18 años de edad: Deténgase aquí.	Nombre de dentista(s):		Teléfono:	
Importante o que pueda afectar la capacidad de participar plenamente en el programa del campamento. Adjunte información adicional si sea necesario.	Nombre del ortodontista(s):		Teléfono:	()
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
			na se completará con su proveedor de salud	

Página 3/4

Recomendaciones de Personal	Medico Diplomado	Padre(s)/tutor(es): Complete esta sección y dé este formulario a su pediatra para revisión.		
Elaborado y revisado por: la Aso	oracion ao campamentos	Fechas que asistirá al campamento: de a		
	estadounidense del consejo pediatra ción de enfermeras de campamento	Nombre de campista: Primer Nombre Segundo Nombre Apellido		
00010 00100 0000101, y 10 7100010	sion de emermerae de campamente	Sexo: □masculino □femenino □otro		
		Fecha de nacimiento Edad al llegar al campamento		
		Mes/Día/Año		
Mande este formulario a la direcció	on de abajo por el(fecha)	Dirección de domicilio campista:		
		Teléfono de los padre(s)/tutor(es): ()		
		Padre(s)/tutor(es) pare aquí. Lo que queda del formulario será completado por el personal médico.		
	entos que no se requieren receta médica	Examen físico hecho hoy: Sí No (si "No", la fecha del último examen físico:)		
	lud del campamento y se utilizan <u>según sea</u> edad y lesiones. <b>Personal médico: Tache</b>	Mes/Día/Año Las normas de acreditación de ACA especifican un examen físico dentro de los últimos 12		
	r administrado al/a la campista.	meses.		
El acetaminofeno (Tylenol)	Loción de calamina			
El ibuprofeno (Advil, Motrin) La fenilefrina (Sudafed PE)	Subsalicilato de bismuto (Pepto-Bismol) Laxantes para el estreñimiento (Ex-Lax)			
La pseudoefedrina (Sudafed)	Crema de hidrocortisona al 1%			
Maleato Chlorpheneraminio	Crema tópica con antibiótico	Peso:libras Altura:piespulg. la presión sanguínea/		
La guaifenesina	Aloe	Alergias: □ No hay alergias conocidas.		
El dextrometorfano		☐ A los alimentos (haga una lista):		
La difenhidramina (Benadryl)		☐ A los medicamentos (haga una lista):		
Gotas de tos genéricas  Aerosol anestésico (para el dolo	or de garganta)	☐ Al medio ambiente (picaduras de insectos, la fiebre del heno, etc haga una lista):		
Champú para piojos o crema pa	= = :	Otras alergias: (haga una lista):		
	,			
		Describe las reacciones anteriores:		
Diete Netrición Ocurs	di-4	Ability of the state of the sta		
Dieta, Nutricion:   Come una	dieta normal. □ Tiene un plan dietético o re	strictiones dieteticas: (Describa abajo)		
FI/I a campista está en tratam	iento en este momento por las condicios	nes siguientes: (Describa a continuación) □ Ninguno.		
		. (		
Medicamento: ☐ No hay	medicamentos diarios. □ Este/a campista	tendrá los siguientes medicamentos cada día mientras en el campamento: (Nombre, dosis,		
frecuencia-describa a continu	·	torda loc organicaco modicamientos dada da mientado en el campaniento. (Nombre, decise)		
Otros tratamientos o terapias	a seguir durante el campamento: (Descr	riba a continuación) □ Ninguno.		
¿Cree que el/la campista exigi	irá limitaciones o restricciones de activid	dad mientras en el campamento? □ No □ Sí		
ļ				
	n pregunta anterior, ¿qué le recomendarí	a?		
Adjunte información adici	unai Si Sea riecesario.			
L				
		e hablado del programa de campamento con los padres/tutor(es) del/de la campista. Mi para participar en un programa de campamento activo (con la excepción de lo notado		
anteriormente).	j emeeremente aptora p			
Nombre de proveedor diplomad	o (escriba con letra de molde):	Firma:Título:		
Dirección de oficina				
Calle y núm	ero	Ciudad Estado Código postal		
Teléfono: ( )	Fecha:			
·				
Copyright 2014 por A	American Camping Association, Inc.	Página 3/4 Rev.1/2014/EAW LEE		