

Sesión de campamento de verano

(por favor circule uno):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 AS1 AS2

**Cary Institute**
of Ecosystem Studies**Fondo de Camper y Planilla médica**

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

845-677-7600 x 303

Los plazos formulario de presentación:**Sesiones de 1 - 5 / Arte + Ciencia: 1 día 10 de Junio; Sesiones 6 - 9: 15 de Julio****Nombre de campista** _____ **Sexo** _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Edad** _____❖ **Padre/Guarian 1** _____ **Teléfono Primario** _____ **Teléfono secundario** _____**Dirección del hogar** _____ **Correo electrónico** _____❖ **Padre/Guarian 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.❖ 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 ____ NOSi 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 "obligatorios Orders Physician's" y lo que su hijo tomará en el campamento.

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 epipen 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. (p . Ej., qué adaptaciones o limitaciones son necesarias)

4) Historia de la salud

Tiene / hace el campista ...	Sí	No
1. ¿Ha tenido alguna lesión reciente, enfermedad o enfermedad infecciosa?		
2. ¿Tiene una enfermedad / afección crónica o recurrente?		
3. ¿Alguna vez te han operado?		
4. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		
5. ¿Tiene ADD, ADHD u otro (s) trastorno (s) de conducta ?		
Tiene / hace el campista ...	Sí	No
6. ¿Alguna vez tuvo una lesión en la cabeza?		
7. ¿Tiene diabetes?		
8. ¿Tiene asma?		
9. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		
10. ¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica a las abejas / nueces / animales?		

Por favor explique cualquier respuesta de "sí" .

Por favor, proporcione información adicional sobre el comportamiento y la salud física, emocional o mental del participante que el campamento debe conocer. Recuerde, nuestras actividades incluyen juegos grupales e individuales, experimentos, manejo de peces y anfibios, artes y manualidades y caminatas.

5a) Inmunizaciones: para que su hijo asista al campamento, deberá enviar un registro de vacunación actualizado de su médico. ¿Has enviado esto todavía? Sí ____ No ____ 


5b) Vacunación COVID-19: Es un requisito que todos los campers tiene prueba de vacunación completa, autorizada por la FDA. Por favor, adjunte una copia de la prueba de vacunación para su niño. Una exención (acomodación razonable) al requisito de vacunación es posible con prueba médica.

Sí ____ No ____ 

6) Protector solar / Bugspray: 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:

Sí ____ No ____ 

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

	SÍ	NO
Protector solar aprobado por la FDA		
Bugspray aprobado por la FDA		

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)	Página de Flickr del campamento (compartido con las familias del campamento)
Foto			
Vídeo			

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

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 / tutor: _____



Nombre impreso: _____ **Fecha :** _____