



## ÓRDENES MÉDICOS OBLIGATORIOS PARA EL CAMPAMENTO DE VERANO

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

**Esta página debe ser completada y firmada por el médico de su hijo**

**Los plazos formulario de presentación: Sesiones de 1 - 5 / Arte + Ciencia: 1 día 10 de Junio;  
Sesiones 6 - 9: 15 de Julio**

Nombre del campista : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de los campistas: \_\_\_\_\_

Sesión: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ Art + Sci 1 ☐ Art + Sci 2

### 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: \_\_\_\_\_ N° 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 303

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

**Los plazos formulario de presentación: Sesiones de 1 - 5 / Arte + Ciencia: 1 día 10 de Junio; Sesiones 6 - 9: 15 de Julio**

Nombre del campista: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del campista: \_\_\_\_\_

Sesión: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐Arte + Ciencia 1 ☐Arte + Ciencia 2

Querido Médico,

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

**Adjunte una copia del registro de vacunación COVID-19 del niño o una exención médica.**

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

- Difteria
- Haemophilus Influenza B
- Hepatitis B
- Sarampión
- Paperas
- Tos ferina
- Poliomielitis
- Rubéola
- Tétanos
- Varicela - Varicela

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 303

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

**Form Submission Deadlines: Sessions 1 – 5/Art+ Science: June 10<sup>th</sup>,  
Sessions 6 – 9: July 15<sup>th</sup>**

Camper's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Camper's Address: \_\_\_\_\_

Session: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐Art+Sci 1 ☐Art+Sci 2

## 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

Campers 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 303

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

**Form Submission Deadlines: Sessions 1 – 5/Art+ Science: June 10<sup>th</sup>, Sessions 6 – 9:  
July 15<sup>th</sup>**

**Camper's Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**Camper's Address:** \_\_\_\_\_

**Session:** ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐Art+Science 1 ☐Art+Science 2

Dear Physician,

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

***Please attach a copy of the child's COVID-19 vaccination record or medical exemption.***

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

- Diphtheria
- Haemophilus Influenza B
- Hepatitis B
- Measles
- Mumps
- Pertussis
- Poliomyelitis
- Rubella
- Tetanus
- Varicella – Chicken Pox

Physician's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Please remember to complete both sides of this form!