

**Atención Padres y Guardianes:**

Favor de completar y firmar esta hoja. Los maestros deben devolver estas formas al YMCA de Sherman Lake antes que el grupo llegue al campamento. TODA LA INFORMACIÓN PROVISTA ES CONFIDENCIAL.

## Centro al Aire Libre YMCA de Sherman Lake

Para bajar el paquete de información de Educación Integrada vaya a la pagina web [www.shermanlakeymca.org](http://www.shermanlakeymca.org) 1) haga clic sobre el enlace "downloadable forms" a mano izquierda de la pantalla 2) haga clic sobre "school programs" 3) haga clic sobre "IE parent packet 2009- overnight school groups"

### Formulario de Registro e Información de Salud

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Información del Campista:**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Sobrenombre (si lo hay) \_\_\_\_\_

Masculino o Femenino (marque uno) Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre de guarda custodia \_\_\_\_\_ Relación con el Campista \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

En caso de EMERGENCIA, favor de contactar a la persona nombrada arriba o a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Actividades e Intereses:**

¿Cuales actividades del campamento le interesan mas a su campista? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad de campamento en la cual el campista no debe participar? \_\_\_\_\_

Cuestiones de alimentación: \_\_\_ Diabético \_\_\_ Intolerante a la lactosa \_\_\_ Vegetariano \_\_\_  
Quisquilloso \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Cuestiones de comportamiento: \_\_\_ Nervioso \_\_\_ Sonámbulo \_\_\_ Mojar la cama \_\_\_ Nostalgia  
\_\_\_ Tratamiento  
Psiquiátrico

¿Tiene alguna petición específica que usted espera que su hijo aprenda durante el campamento?  
\_\_\_\_\_

Habilidad de nadar: \_\_\_ No nada \_\_\_ Un poco \_\_\_ Bien \_\_\_ Excelente \_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_

Información adicional/comentarios para el consejero: \_\_\_\_\_

**Información de Salud:**

Condiciones medicas pasadas y/o presentes: \_\_\_\_\_

Alergias: si \_\_\_ no \_\_\_ ¿Cuales? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha sido expuesto a alguna enfermedad contagiosa en las últimas 3 semanas?

si \_\_\_ no \_\_\_ ¿Cuales? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha convulsionado alguna vez? si \_\_\_ no \_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

¿Limitaciones o restricciones físicas? si \_\_\_ no \_\_\_ ¿Cuales? \_\_\_\_\_

¿Necesidades especiales o restricciones de alimentación? si \_\_\_\_ no \_\_\_\_

¿Cuales? \_\_\_\_\_

Información adicional sobre salud, necesidades médicas especiales, o preocupaciones \_\_\_\_\_

¿Las vacunas de su hijo/a están al día? si \_\_\_\_ no \_\_\_\_

Fecha de la ultima vacuna contra el tétano \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen físico \_\_\_\_\_

Doctor familiar \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dentista familiar \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ortodoncista \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En caso de achaques o dolores inesperados, ¿se le pueden dar medicamentos sin receta (Tylenol, Motrin, Benadryl, etc.) a su campista? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no

¿Tiene seguro medico? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Numero de póliza o certificado \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Favor de mandar todos los medicamentos recetados que su hijo/a necesitará en el campamento, e incluya también medicamentos sin receta que use regularmente. Mande solo la cantidad que sea necesaria durante el campamento. El contenedor de medicamentos recetados debe indicar la dosis y el horario.

**Permiso para administrar medicamentos:** (Favor de notar todos los medicamentos, con o sin receta medica):

1. MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Días que se debe administrar \_\_\_\_\_ o marque SOLO AL NECESITARLO

Indique cuando administrar: Desayuno Almuerzo Media-tarde Cena Hora de dormir

2. MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Días que se debe administrar \_\_\_\_\_ o marque SOLO AL NECESITARLO

Indique cuando administrar: Desayuno Almuerzo Media-tarde Cena Hora de dormir

### Firma de Padre Requerida:

Esta historia de salud esta correcta a mi máximo conocimiento, y la persona descrita aquí tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento menos las previamente notificadas. Autorización para tratamiento: Por la presente doy permiso al personal medico escogido por el campamento a pedir radiografías, exámenes rutinarios, tratamiento y transporte necesario para mi hijo/a o para mí. En caso de que no se puedan comunicar conmigo en una emergencia, por la presente doy permiso al medico escogido por el campamento para que asegure y administre tratamiento, incluyendo hospitalización, para mi hijo/a o mi persona según lo designado anteriormente. Estas hojas completadas se pueden fotocopiar para paseos fuera del campamento. En consideración de ser permitida mi participación en los programas del YMCA, yo concuerdo asumir el riesgo de las actividades y los programas, y además concuerdo librar de responsabilidad el Campamento YMCA de Sherman Lake y los miembros del personal dirigiendo las actividades de cualquier reclamo, demanda, pérdida, u otras causas de acción por daños incluyendo pero no limitados a aquellos reclamos que puedan resultar de herida o muerte, accidente u otro, durante o surgiendo en cualquier manera de las actividades. Doy permiso a mi hijo o a mi mismo para que participe en todas las actividades planificadas en el campamento incluyendo paseos fuera del campamento en camioneta o autobús, caminando o a caballo, comprendiendo que guía adecuada es provista. El YMCA no se hace responsable de artículos personales robados, perdidos, o dañados. También autorizo el YMCA de Sherman Lake para que mantenga y use fotografías, diapositivas, o videos de mi persona, mi hijo, o mi familia como sea necesario para sus programas de relaciones públicas. Yo reconozco que esta Liberación de Responsabilidad General del YMCA de Sherman Lake es vinculante para mi personalmente y mis herederos, representantes personales, sucesores y asignados.

Firma de Padres/Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*Cualquier menor de 18 años necesita la firma de un padre. Mayores de 18: Esta hoja permite que reciba tratamiento en caso de emergencia.

\*\*\*Por favor note: Todo Personal Escolar que planea asistir el YMCA de Sherman Lake debe completar y firmar esta hoja.