



Camp Capers Health History Form

Box 1: Date and Name:

Fechas que asistira al campamento: de _____ a _____.
Mm/dd/ano Mm/dd/ano

Nombre del campista: _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Genero o sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ (mm/dd/ano) Edad: _____

Box 2: Direccion del campista:

Padre/tutor legal del campista para contactar en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Relacion del campista: _____

Numero de telefono de dia: _____ Numero casero: _____

E-mail: _____

Dirreccion (si es diferente a la anterior):

calle ciudad estado codigo postal

Segundo Padre/tutor legal o contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relacion del campista: _____ Numero de telefono de dia: _____

Numero casero: _____

Contacto adicional en el evento en que no se pueda contactar al padre/tutor legal:

Nombre: _____ Relacion del campista: _____ Numero de telefono de dia: _____

Numero casero: _____

Box 3: Alergias: El campista es alergico a: (favor describir debajo de lo que el campista es alérgico y la reacción visible.)

Box 4: Dieta, Nutricion: (favor describir debajo)

Box 5: Restricciones: (favor describir debajo)

Box 6: Información de seguro médico:

El campista está cubierto/a por seguro familiar médicos / hospitalarios: _____

Compañía aseguradora: _____ Número de póliza: _____

Suscriptor: _____ Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Box 7: Autorización de los padres / tutor para la atención médica

Este historial de salud es correcta y refleja con precisión el estado de salud de l el/la campista a la que pertenece. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, excepto según lo observado por mí y / o un médico examinador. Yo le doy permiso al médico seleccionado para el orden radiografías, pruebas de rutina y el tratamiento relacionado con la salud de mi hijo/a, tanto para atención médica de rutina y en situaciones de emergencia. Si yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, doy permiso al médico para hospitalizar, asegurar tratamiento apropiado para, y la inyección para la anestesia o cirugía para este/a campista. Entiendo que la información en este formulario serán compartidos en una base de "necesidad de conocer" con el personal del campamento. Doy permiso para fotocopiar este formulario. Además, el campo tiene permiso para obtener una copia de mi

registro de salud del niño/a de los proveedores que atienden a mi hijo /a estos proveedores pueden hablar con el personal de los programas y sobre el estado de salud del niño/a.

Firma del padre/tutor legal: _____ Relacion al campista: _____

Si por razones religiosas no puede firmar esto, póngase en contacto con el campo de exención legal que debe ser firmado por la asistencia.

Historia Inmunización:

Box 2

Historia Inmunización: Proporcionar el mes y año de cada inmunización. Inmunizaciones destacados (*) deben estar al día. Las copias de los formularios de inmunización de los proveedores de cuidado de la salud o el estado o el gobierno local son aceptables, por favor, que se adjunten a esta forma.

Box 3

inmunización	dosis(mes/año)	dosis más reciente (mes/año)
Diphtheria, tetanus, pertussis (DTaP) or (Tdap)	_____	_____
Tetanus booster (dt) or (Tdap)	_____	_____
Mumps, measles, rubella (MMR)	_____	_____
Polio (IPV)	_____	_____
Haemophilus influenza type B (HIB)	_____	_____
Pneumococcal (PCV)	_____	_____
Hepatitis B	_____	_____
Hepatitis A	_____	_____
Varicella (chicken pox) and/or had chicken pox	_____	_____
Meningococcal meningitis (MCV4)	_____	_____
Tuberculosis (TB) test	Date: _____	Result: _____

Summer Immunization Confirmation: Confirmando que las vacunas de este/a campista están al corriente. Escriba su nombre y la fecha a continuación. Última Tetanos – (Konocido como DT, Td, DPT, Dtap)

Firma: _____ Fecha: _____

Box 4: Si su hijo/a no está totalmente inmunizado, por favor firme la siguiente declaración: Yo entiendo y acepto los riesgos para mi campista de no estar totalmente inmunizado.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Box 5: Medicación:

La medicación es cualquier sustancia que una persona toma para mantener y / o mejorar su salud. Esto incluye vitaminas y remedios naturales. Por favor revise las instrucciones de campo sobre envases / contenedores requeridos. Muchos estados requieren que los envases originales de la farmacia con etiquetas que muestran el nombre de los campistas y cómo la medicación debe ser administrada. Proporcionar suficiente de cada medicamento para durar todo el tiempo que el campista estará en el campamento.

Nombre del medicamento	fecha de inicio	razón para tomarlo	cuando se administra	cantidad o dosis dada	cómo se administra

Los siguientes medicamentos sin receta pueden ser almacenados en el centro de salud del campamento y se utilizan según sea necesario para tratar las enfermedades y lesiones. Enumere los que la caravana no se debe dar al campista:

Revise la historia de salud general

Box 2: Revise la historia de salud general “sí” o “no” para cada declaración. Explique las respuestas “sí” a continuación.

Tiene/a tenido el campista:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1.)Alguna vez ha sido hospitalizado? ____ | 12.)desmayado / tenía dolor en el pecho durante el ejercicio? ____ |
| 2.)Ha tenido cirugía? ____ | 13)tenido mononucleosis ("mono") durante los últimos 12 meses? ____ |
| 3.)tienen enfermedades recurrentes / crónica? ____ | 14.)si es mujer, tiene problemas con los períodos menstruales /? ____ |
| 4.)tenía una enfermedad infecciosa reciente? ____ | 15.)tener problemas para conciliar el sueño / sonambulismo? ____ |
| 5.)tenido una lesión reciente? ____ | 16.)Alguna vez tuvo de nuevo / problemas en las articulaciones?
____ |
| 6.)tenido asma / sibilancias / dificultad para respirar? ____ | 17.)tiene un historial de mojar la cama? ____ |
| 7.)tener diabetes? ____ | 18.)tiene problemas de diarrea / estreñimiento? ____ |
| 8.)tenido convulsiones? ____ | 19.)tener problemas en la piel? ____ |
| 9.)tenido dolores de cabeza? ____ | 20.)viajado fuera del país en los últimos 9 meses? ____ |
| 10.)usar gafas, contactos, gafas de protección? ____ | |
| 11.)tenido desmayos o mareos? ____ | |

Por favor explique las respuestas "sí" en el espacio siguiente anotando el número de preguntas. Para viajes fuera del país, por favor, nombre los países visitados y fechas de viaje.

Box 3: Comprobar la salud mental, emocional y social sí o no para cada declaración

El/la campista:

- 1.) Ha recibido tratamiento para el trastorno de déficit de atención (ADD) o déficit de atención / hiperactividad (AD / HD)? _____
- 2.) Ha sido tratado por problemas emocionales o de comportamiento o un trastorno de la alimentación? _____
- 3.) Durante los últimos 12 meses, visto a un profesional para hacer frente a problemas de salud mental / emocional? _____
- 4.) Tenía un evento significativo en la vida que continúa afectando a la vida de el/la campista? _____
(historia de abuso, la muerte de un ser querido, el cambio familiar, adopción, acogimiento, nuevo hermano, sobrevivió a un desastre, otros)

Por favor explique las respuestas ‘sí’ en el espacio de abajo, anotando el número de preguntas. El campamento puede contactarlo/a para preguntas adicionales.

Box 4: Los proveedores de salud

Nombre de medico de atencion primaria: _____ Telefono: _____

Nombre del dentista: _____ Telefono: _____

Nombre del ortodoncista: _____ Telefono: _____

Box 5: Qué hemos olvidado de pedir?

Sírvase proporcionar en el espacio siguiente cualquier información adicional acerca de la salud de los campistas que usted piensa importante o que pueden afectar a la capacidad de los campistas a participar plenamente en el programa de campamento. Adjunte información adicional si es necesario.

