



FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre del Campista _____

Género: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado en el Otoño: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

PADRE/TUTOR AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Si por alguna razón usted no quiere autorizar tratamiento, favor de adjuntar una carta de explicación

Doy fe de que mi campista goza de buena salud y tiene la habilidad de participar en las actividades del campamiento salvo como se indique en este formulario. Asumo la responsabilidad total que mi hijo está preparado, inclusive de tener ropa y equipo adecuado y estar de buena salud. Le autorizo al campamiento a proporcionar atención médica rutinaria, administrar medicamentos de receta y sin receta que yo mande al campamiento, así como cualquier otro medicamento que el personal de salud del campamiento recomienda por algún problema, salvo como se indique en este formulario. Autorizo que la información de este formulario se puede compartir con personal seleccionado (monitor, personal de salud o de inclusión, etc.) y profesionales de salud solo como y cuando sea necesario. A caso de emergencia médica o de necesidad de tratamiento médico, ya que todo esfuerzo razonable se haiga hecho para contactarme a mí, a nuestro médico de familia, o a uno de los contactos de emergencia nombrados en mi registración, doy permiso al médico contratado por el campamiento para hospitalizar, obtener tratamiento, iniciar inyección, anestesia, o cirugía para el niño aquí nombrado. Autorizo que el campamiento puede organizar y proporcionar transporte necesario para mi hijo. Acepto la responsabilidad de cualquier cargo que puede resultar del cuidado y tratamiento de mi hijo.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN sobre su SEGURO MÉDICO y su MÉDICO

Compañía de Seguros: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Copago: _____

Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: _____

Médico Primario: _____

Teléfono del Médico Primario: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Padre / Tutor 1:

Nombre: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Padre / Tutor 2:

Nombre: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Contacto(s) de Emergencia

¿A quién debemos contactar si el padre o tutor no se puede alcanzar?

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación al niño _____

Gente Autorizada Para Recoger al Niño

Nombre cualquier otra persona que está autorizado para recoger a su hijo?

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación al niño _____

ALERGIAS

Enumere todas las alergias conocidas, inclusive de la reacción y el tratamiento que se debe dar.

DIETA Y NUTRICIÓN

Indique cualquier comida que el campista NO come:

__Carne Roja __Cerdo __Pollo o Pavo __Pescado o Mariscos __Trigo o Gluten

__Leche o Productos Lácteos

¿Hay alguna otra restricción dietética?

HISTORIAL DE SALUD

¿Tiene, o ha tenido, el campista cualquiera de las siguientes condiciones?

Asma Mojar la Cama Diabetes Problemas Cardíacos Hospitalización
 Migrañas Mononucleosis Pesadillas Discapacidades Físicas Convulsiones
 Cirugía Sonambulismo Enfermedad o herida reciente

Describe los anteriores o cualquier otra condición médica:

SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

¿Ha sido el campista diagnosticado o tratado por una de las siguientes condiciones?

ADD o AD/HD Ansiedad Autismo Depresión Discapacidades de Desarrollo
 Desorden Alimenticio Discapacidad de Aprendizaje PTSD OCD ODD

Describe los anteriores o cualquier otra condición mental, emocional, o de desarrollo:

¿Ha visitado el campista a un profesional de salud mental en los últimos 12 meses?

¿Hay alguna otra experiencia o circunstancia en su vida, su familia, o su hogar que el personal del campamento debe saber?

MEDICAMENTOS

Los siguientes medicamentos (o su equivalente genérico) pueden estar almacenados en el Centro de Salud del campamento y se pueden administrar cuando sea necesario:

<input type="checkbox"/> Acetaminofén (Tylenol)	<input type="checkbox"/> Gotas o Pastillas para la Tos
<input type="checkbox"/> Inhalador o Nebulizador de Albuterol	<input type="checkbox"/> Dimetapp
<input type="checkbox"/> Aloe Vera	<input type="checkbox"/> Difenhidramina (Benadryl)
<input type="checkbox"/> Pomada Antibiótica	<input type="checkbox"/> Dramamina
<input type="checkbox"/> Bicarbonato de Sodio	<input type="checkbox"/> Jugos de Electrolitos (Gatorade)
<input type="checkbox"/> subsalicilato de bismuto (Pepto Bismol)	<input type="checkbox"/> Epinefrina (Epi-pen) <i>solamente para emergencias con peligro de muerte</i>
<input type="checkbox"/> Calamina o Loción de Caladryl	<input type="checkbox"/> Tabletas de Glucosa o Glucagón
<input type="checkbox"/> Carbonato de Calcio (Tums)	<input type="checkbox"/> Guaifenesina con Detromorfano (Robitussin)
<input type="checkbox"/> Chloraseptic o Cepastat	<input type="checkbox"/> Té de hierbas
<input type="checkbox"/> Cetirizina (Zyrtec)	

- Hidrocortisona
- Ibuprofeno (Advil)
- Repelente de Insectos
- Laxantes (Leche de Magnesita)
- Champú o crema para piojos
- Gelatina de Lidocaína
- Fenilefrina (Sudafed PE)
- Protector solar

Indique cualquier medicamento que el campista NO debe tomar:

VACUNAS

Indique cuales vacunas están vigentes

Difteria, tétano, tos ferina (DTaP/TdaP) Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Fecha de la última vacuna antitetánica (mes/año) _____

Hepatitis A Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Hepatitis B Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Haemophilus influenza tipo B (HIB) Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Virus del Papiloma Humano (HPV) Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Polio (IPV) Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Meningitis meningocócica (MCV4) Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Paperas, sarampión, rubéola (MMR) Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Neumocócico (PCV) Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Varicela Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Prueba de Tuberculosis (TB) Vigente No está vigente Nunca Vacunado

Entiendo los riesgos potenciales asociados con mandar a mi hijo al campamento sin una o más de estas vacunas. (Iniciales) _____

¿ALGO MÁS?

¿Hay algo más que debemos saber sobre su hijo?