

# Forma de Información Médica (Por favor escriba con letra de molde)

## PADRES/GUARDIAN

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Fecha de la Sesión: \_\_\_\_\_

M\_\_\_\_F\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Padres/Guardian: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

Archivo Médico del Campista:

<b>Asma*</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Defecto del Corazón/Enfermedad</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Piojos (reciente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Ataques</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se orina en la cama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos Infecciones de Orejas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Diabetes*</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas Menstruales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Hospitalizaciones recientes *</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lentes/Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Bajo Cuidado Médico*</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

\* Si a dicho "Sí" a cualquiera de los síntomas de arriba será necesaria una autorización médica antes de venir al campamento. (la forma esta incluida en la parte de atrás)

Fecha de la última vacuna del Tetano (TD, DTP, or Tetanus) \_\_\_\_\_ **Nota: la vacuna tiene que ser reciente para poder ir al campamento**

Las fechas de inmunizaciones (mas recientes): Polio \_\_\_\_\_, MMR (El sarampión, Paperas, la Rubéola) \_\_\_\_\_, H. Influenza B \_\_\_\_\_,

Hepatitis B \_\_\_\_\_, Varicela (viruela) \_\_\_\_\_. TB Prueba de Mantoux \_\_\_\_\_  Positivo  Negativo

Enfermedades de la niñez: \_\_\_\_\_

¿Alergias o reacciones a medicinas? \_\_\_\_\_ ¿Alimento u otras alergias? \_\_\_\_\_

Enliste alguna operación o heridas recientes \_\_\_\_\_

Enliste cualquier enfermedad en los pasados dos meses \_\_\_\_\_

Enliste todas las prescripciones y las medicinas sin prescripción que están trayendo al campamento: **(todas las medicinas deben estar en su envase original)**

El nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia \_\_\_\_\_

¿Necesita Atención especial, médica o dietética? \_\_\_\_\_

Tiene alguna restricción en cualquiera de los programas físicos? (el excursionismo, el paseo en barco, la natación, escalando etc.)

Sí  No Si sí, explique.

Proporcione información adicional acerca de la conducta del participante y su salud física, mental o psicológica que requieren la medicina, el tratamiento, las restricciones especiales, o las consideraciones mientras en el campo (utilice hojas adicionales si necesario)

Información de seguro:  
 Portador médico de Seguro \_\_\_\_\_ La póliza, identificación, y/o número del grupo \_\_\_\_\_

**SE DEBEN COMPLETAR AMBOS LADOS DE ESTA FORMA EN ORDEN DE SER ADMITIDO AL CAMPAMENTO**

# CAMPISTA Y PADRES/GUARDIAN

## Autorización de los padres

Yo, la padre/persona abajo afirmante que tiene la custodia/tutela legal del menor \_\_\_\_\_, doy permiso para que participe en los Programas del Campamento de Wrightwood. Doy mi consentimiento para fotografías o videos de mi niño para ser utilizados por el campo para propósitos promocionales. He leído la descripción del programa. Entiendo que el programa incluye tales actividades como excursiones largas a pie, durmiendo afuera bajo las estrellas, cocinando alrededor de una fogata del campo y debates en grupo. El menor es físicamente capaz y preparado mentalmente para tomar parte en todas las actividades del campo. Yo por lo presente asumo sutil y voluntariamente todos los riesgos y los peligros inherentes y casuales a las actividades del programa del campamento. No haré al Campo de Wrightwood ni la Iglesia Episcopal en la Diócesis de Los Angeles responsable de ninguna herida contraída durante el programa si es causado por el equipo, ni los actos de omisión de otros excepto el daños y heridas únicamente causadas por la mala conducta o ni la negligencia voluntariosas del Campo de Wrightwood ni sus empleados ni de los agentes.

La firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Acuerdo de campista

He leído la carta para mi sesión en el Campamento Wrightwood y espero con anticipación mi permanencia allí. Estoy completamente dispuesto y capacitado para participar en todas las actividades del campamento. Haré mi mejor trabajo, para respetar la propiedad del Campamento de Wrightwood, a otros campistas y a los empleados del campamento. Entiendo que si fracaso en no portarme de acuerdo con este contrato quizás tenga como resultado el despido temprano del Campo de Wrightwood.

Firma del Campista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**LA SECCION SIGUIENTE DEBE SER LLENADA Y FIRMADA PARA CAMPISTAS ANTES DE ASISTIR AL CAMPAMENTO. A menos que esta forma sea firmada por un padre o el guardián, el Campamento no puede conseguir ayuda de emergencia para su niño en caso de la herida. Esta redacción técnica es controlada por el dicta de la Ley del Estado. Gracias para su cooperación.**

## AUTORIZACION PARA CONSENTIR EL TRATAMIENTO DEL MENOR

Yo/Nosotros, el abajo firmantes, los padres de \_\_\_\_\_, teniendo la custodia legal del menor y habiendo confiado dicho menor en el cuidado del agente (agentes) más adelante denominado, por la presente autoriza el personal del Campo Wrightwood como agente (agentes) para el abajo firmante para consentir a cualquier examen de la radiografía, anestésico, el diagnóstico o el tratamiento médico o quirúrgico y el hospital cuidan que es de ser rendido bajo el general o la supervisión especial y de cualquier médico y el cirujano licenciado bajo las provisiones del Acto de la Práctica de la Medicina para consentir a cualquier examen de la radiografía, anestésico, el cuidado dental o quirúrgico del diagnóstico o el tratamiento y el hospital para ser rendido a dicho a menor por un dentista licenciado bajo las provisiones del Acto Dental de la Práctica, si tal diagnóstico o el tratamiento son rendidos en la oficina de dicho a médico o en un hospital licenciado, o en cualquier otro lugar o coloca. Es entendido que esta autorización es rendida el avance de algún examen específico, el diagnóstico, el cuidado del tratamiento o el hospital para ser requerido pero es dado a proporcionar la autoridad y el poder en la parte de nuestro agente susodicho (agentes) dar el consentimiento específico a cualquier y todo tal examen, el diagnóstico, el cuidado del tratamiento o el hospital que el médico referido puede aconsejar. Esta autorización es dada según las provisiones de la Sección 25,8 del Código Civil de California. El abajo firmante aún más () indemnizar y tener inocua la Iglesia Episcopal protestante en las Diócesis de Los Angeles, cada y cualquiera de sus instituciones, de las sociedades o las subdivisiones, y de cada empleado o el agente de alguno de ellos, de cualquier pérdida, cuestan (inclusive el costo de la investigación o la defensa de reclamos y gastos judiciales), la obligación o el daño que pueden ser sostenidos o pueden subir fuera del desempeño, el incumplimiento o el departamento de servicios de información-desempeño de cualquiera El examen, anestésico, el diagnóstico, el cuidado del tratamiento o el hospital realizó a consecuencia de o de seguir cualquier consentimiento o el consentimiento pretendido por dicho a agente (agentes) aquí abajo. Esta autorización se quedará efectivo por \_\_\_\_\_ a menos que más pronto revocara en la escritura entregada a dicho a agente (agentes) () no revocación entregará dicho agente (agentes) responsable, ni el lugar dicho a agente (agentes) bajo cualquier deber, con respecto a cualquiera Consienta dado a continuación antes de recibo verdadero por dicho a agente (agentes) de tal revocación.

Fecha: \_\_\_\_\_ Padre/Guardian \_\_\_\_\_

## SECTION DEL MEDICO

**Esta sección es requerida solamente si el campista tiene una historia del Asma, defecto/enfermedad de Corazón, Ataques, Diabetes, si ha estado hospitalizado (a) recientemente o esta actualmente bajo cuidado medico.**

A causa de la historia clínica del campista, hemos pedido su autorización escrita antes de la asistencia del campista. El programa consiste en una variedad de actividades activas de estilo de vida, inclusive el excursionismo arduo, los juegos y las actividades en el bosque en una elevación de 6.100 pies. Su consideración será apreciada.

PARA LAS OBSERVACIONES (utiliza hojas adicionales si necesario)

REVISAR: Nariz \_\_\_\_\_ Garganta \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_  
Piel \_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_  
Oídos \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna del tétano \_\_\_\_\_

¿Existe alguna restricción para cualquiera de los programas físicos?

He examinado al solicitante y esta físicamente calificado para ser aceptado como un campista.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_