



Nombre del participante

### Información del participante

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

Género

### Información familiar

#### Información personal

Rol en la familia (Por ejemplo: la madre, tutor legal)

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Correo electrónico

Profesión

#### Dirección principal

Clase de dirección

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

#### Teléfono

Teléfono

#### Información del conyuge (Opcional)

Rol en la familia (por ejemplo: la madre, tutor legal)

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Correo Electrónico

Profesión

#### Cónyuge Dirección Primaria

Clase de dirección

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

#### Teléfono

Teléfono

**Historia Médica - alergias a los medicamentos**

No se conocen alergias a ningún medicamento

El participante alérgico a la amoxicilina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El participante es alérgico a la penicilina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El participante es alérgico a los BACTRIM/SEPTRA / SULFA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El participante es alérgico al TYLENOL	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El participante es alérgico al ibuprofeno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El participante es alérgico a otros MEDICAMENTOS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Que medicamento			

**Historia Médica - Historia de alergias**

No hay alergias conocidas

El Participante es alérgico a la picadura de insectos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El Participante es alérgico a los cacahuets	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ESPECIFICAR A QUE INSECTOS		El Participante es alérgico a los huevos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El Participante es alérgico a la hiedra venenosa, el roble venenoso o al sumac	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El Participante es alérgico a la leche de vaca	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El Participante es alérgico a otros ALIMENTOS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El Participante es alérgico al gluten	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
A QUE ALIMENTOS		El Participante es alérgico a los mariscos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Historia Médica - Historia de la Salud**

No hay condiciones de salud conocidas

ASMA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trastorno de convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ADD / ADHD	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad Para Escuchar/Sordo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
HIPOGLICEMIA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos / HIPERTENSIÓN	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MIGRAÑAS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos / HIPERTENSIÓN	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Su participante ha sido hospitalizado en el último año?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es Sonambulo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SI ES ASI, DETALLES		MIEDOS NOCTURNOS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Hay alguna actividad que SU PARTICIPANTE no pueda realizar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	OTROS TRASTORNOS / INQUIETUDES	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cuáles son las restricciones y por qué?		SI ES ASI, DETALLES	
Discapacidad física (muscular / COORDINACIÓN)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El Participante tiene DIABETES	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, explique		EL PARTICIPANTE se enferma CUANDO hace ejercicio en el calor?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD CELÍACA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene El participante células de anemia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ECZEMA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

### Historia Médica - Preocupaciones Sociales

No hay preocupaciones sociales conocidos

DEPRESIÓN	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	BIPOLAR / PSYCHO - desorden social	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, explique		En caso afirmativo, explique	
ANSIEDAD	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, explique			

### Historia Médica - Contactos de Emergencia

Relación	Nombre Completo	Teléfono durante el día	Teléfono durante la noche	Teléfono móvil
Relación	Nombre Completo	Teléfono durante el día	Teléfono durante la noche	Teléfono móvil
Relación	Nombre Completo	Teléfono durante el día	Teléfono durante la noche	Teléfono móvil

### Historia médica - Medicamentos

No hay medicamentos necesarios

La medicina no se administrara a menos que se cumplan las siguientes directrices:

Si están enviando medicamentos recetados, DEBEN ir en el envase o recipiente original de la farmacia con la etiqueta o en el recipiente original del fabricante. Los medicamentos recetados debe tener el nombre de el participante en la botella.

Muestras médicas deben ir acompañadas por una receta médica firmada por el médico.

Por favor, limite la cantidad de medicamento que envía a la cantidad que sólo lo que se requiere para el término de la asistencia de su participante.

Nuestro Centro de Salud provee medicamentos comunes de venta libre. Por favor, no envíen de estos al lugar del campamento.

Si el asistente no esta usando ningún medicamento, puede saltarse este paso y pasar a la etapa siguiente.

Medicación	Via de administracion	Cantidad	Marcar las que considere	Instrucciones especiales o comentarios
			Desayuno <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/>	
			Desayuno <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/>	
			Desayuno <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/>	
			Desayuno <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/>	

### Historia Médica - Seguros

Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza	Numero de telefono del seguro
Nombre del médico	Número de teléfono médicos	

**Historia Médica - Permiso****Autorización medica, de responsabilidad y permiso para fotografía**

“ El suscrito o firmante declara a Visión Atlanta / Camp Grace (en adelante denominado como VA, una organización sin ánimo de lucro), que él / ella es el tutor legal y el padre natural del niño mencionado anteriormente, el firmante da su consentimiento para que el menor haga parte del Campamento Gracia de Visión Atlanta, con pleno entendimiento de que esta actividad implicara pero no se limitara a viajar hacia y desde el campamento en camionetas o buses, comer alimentos preparados por el personal del campamento o restaurantes locales, natación, equitación, deportes de campo, los cuales incluyen cursos de cuerdas altas, tiro con arco, en los cuales siempre existe el riesgo de lesión, enfermedad, pérdida, muerte y posibles gastos consiguientes para los tratamientos médicos, de diagnóstico y curativos; y gastos por pérdida accidental. El suscrito asume el riesgo de tales gastos y libera a VA de cualquier responsabilidad u obligación en su totalidad y renuncia a cualquier reclamación o causa de acción en contra de VA, o por gastos ocasionados por cualquier tipo de accidente o cualquier otra circunstancia que le suceda al niño/a, y se compromete a mantener indemne en el caso de que se produzca alguna de las mencionadas reclamaciones. El suscrito o firmante se compromete a respetar el conjunto de reglas y regulaciones, supervisión y disciplina aplicados por VA y sus agentes, y por este medio autoriza VA o a sus representantes u otros agentes para proveer cualquier tratamiento médico o radiografías necesarias y mantener indemne VA de esos gastos. El suscrito también se compromete a pagar en su totalidad por los daños materiales causados por su propio hijo/a. También se da el permiso a la enfermera del campamento o a un médico para administrar medicamentos de venta libre para el niño nombrado anteriormente, según sea necesario. El suscrito también da permiso a VA para utilizar cualquier imagen, vídeo o material que el niño anteriormente mencionado haya escrito. Las Imágenes y videos serán utilizados con el único propósito de promover el campamento y no con ánimo de lucro. El suscrito entiende que los directores de VA se reserva el derecho de despedir a cualquier participante (a cargo de los líderes de grupo) que ignora por completo la autoridad en su lugar en el Campamento o cuya influencia y conducta se conviertan de alguna manera perjudicial para los mejores intereses de otros participantes y el personal de Campamento Gracia.

Firma del padre / tutor

Fecha

**Preguntas adicionales****Origen Etnico dde los participantes**

- afroamericano
- Latino
- caucásico
- Otro

**Ambos padres estan vivos?**

- Sí
- No

**El participante vive con?**

- Ambos padres
- Madre
- Padre
- Otro