

Nombre del participante

Semana en la que asistirá

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Fecha de nacimiento	Edad	Género	Años asistiendo al campamento
Origen Etnico	El participante vive con		
Talla de camiseta	# de zapatos	Ambos padres están vivos?	

INFORMACION FAMILIAR

Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Clase de dirección
Nombre completo del padre o tutor			
Correo electrónico	Teléfono		
Profesión	Relación con el participante		

Información del esposo/a (opcional)

Nombre completo del padre o tutor			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Clase de dirección
Correo electrónico	Teléfono		
Profesión	Relación con el participante		

HISTORIA MEDICA - ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS

No se conocen alergias a ningún medicamento

El participante es alérgico a la amoxicilina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El participante es alérgico a la penicilina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El participante es alérgico a los BACTRIM/SEPTRA / SULFA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El participante es alérgico al TYLENOL	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El participante es alérgico al ibuprofeno	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El participante es alérgico a otros MEDICAMENTOS	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El participante es alérgico al látex	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuales medicamentos	

HISTORIA MEDICA - HISTORIA DE ALERGIAS

No hay alergias conocidas

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

HISTORIA MEDICA - HISTORIA DE LA SALUD

No hay condiciones de salud conocidas

ASMA	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HIPOGLICEMIA	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	MIGRAÑAS	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
ENFERMEDAD CELÍACA	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ECZEMA	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	TRASTORNO DE CONVULSIONES	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
DIABETES	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VEJIGA / RIÑON	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dificultad para escuchar/sordo	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos HIPERTENSIÓN				SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El participante se enferma cuando hace ejercicio en el calor	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El participante tiene anemia				SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El participante ha sido hospitalizado en el último año?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI ES ASI, DETALLES				
Discapacidad física (muscular / COORDINACIÓN)	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI ES ASI, DETALLES				
Hay alguna actividad que su participante no pueda realizar?						

HISTORIA MEDICA - PREOCUPACIONES SOCIALES

No hay preocupaciones sociales conocidas

ADD/ADHD SI No

Es sonámbulo SI No

MIEDOS NOCTURNOS SI No

DEPRESIÓN SI No

BIPOLAR/PSYCHO desorden social SI No

En caso afirmativo, explique

En caso afirmativo, explique

ANSIEDAD SI No

En caso afirmativo, explique

HISTORIA MEDICA - 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.

Medicamento	Forma de administracion	Cantidad	Marcar las que considere	Instrucciones
			Desayuno Según sea necesario Almuerzo Hora de acostarse Cena	
			Desayuno Según sea necesario Almuerzo Hora de acostarse Cena	
			Desayuno Según sea necesario Almuerzo Hora de acostarse Cena	
			Desayuno Según sea necesario Almuerzo Hora de acostarse Cena	

HISTORIA MEDICA - SEGUROS

Nombre de la compañía de seguros

Número de póliza

Nombre del médico

Número de teléfono del médico

HISTORIA MEDICA - CONTACTOS DE EMERGENCIA

Relación	Nombre Completo	Teléfono móvil
Relación	Nombre Completo	Teléfono móvil
Relación	Nombre Completo	Teléfono móvil

HISTORIA MEDICA - PERMISO

Autorización médica, 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