



LITTLE HEROES PRESCHOOL BURN CAMP

Aplicación de familia

POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA FIRMADA EL 1 DE SEPTIEMBRE 2018

POR CORREO: Firefighters Burn Institute, 3101 Stockton Blvd., Sacramento, CA 95820

TELEFONO: (916) 739-8525 | FAX: (916) 455-4376 | PAGINA DE INTERNET: www.ffburn.org

Little Heroes Preschool Burn Camp es un programa de recuperación de quemaduras modelo designado para sobrevivientes de quemaduras de edad preescolar entre los 3 y 6 años de edad y quienes los cuidan. Este programa único otorga poder a los niños con sus familias a poder y entender los retos emocionales y físicos asociados con la recuperación de quemaduras.

PERSONAL INFORMATION

APELLIDO DEL PADRE/ GUARDIAN PRIMER NOMBRE TALLA DE CAMISETA

APELLIDO DEL PADRE/ GUARDIAN PRIMER NOMBRE TALLA DE CAMISETA

APELLIDO DEL NIÑO PRIMER NOMBRE APODO SOBREVIVIENTE DE QUEMADURA SI NO

FECHA DE NACIMIENTO NIÑO/NIÑA TALLA DE CAMISETA

APELLIDO DEL NIÑO PRIMER NOMBRE APODO SOBREVIVIENTE DE QUEMADURA SI NO

FECHA DE NACIMIENTO NIÑO/NIÑA TALLA DE CAMISETA

APELLIDO DEL NIÑO PRIMER NOMBRE APODO SOBREVIVIENTE DE QUEMADURA SI NO

FECHA DE NACIMIENTO NIÑO/NIÑA TALLA DE CAMISETA

APELLIDO DEL NIÑO PRIMER NOMBRE APODO SOBREVIVIENTE DE QUEMADURA SI NO

FECHA DE NACIMIENTO NIÑO/NIÑA TALLA DE CAMISETA

DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

() ()
TELEFONO DE CASA TELEFONO CELULAR DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO

LENGUAJE PRIMARIO HABLADO EN CASA ¿ TODOS LOS ADULTOS IN SUS FAMILIA HABLAR EL Y ENTENDER INGLES? SÍ / NO

¿ COMO FUE REFERIDO USTED AL PROGRAMA?

BURN SURVIVOR MEDICAL INFORMATION

/ /
FECHA DEL DAÑO DE QUEMADURA DEL NIÑO COMO SE QUEMO EL NIÑO/A

AREA DEL CUERPO QUEMADA % DE SUPERFICIE DEL CUERPO

NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO/A *(cambios de vendas, terapia física, etc. - descripción incluyendo frecuencia)*

- 1. ¿USA SU NIÑO/A TRAJE DE PRESION? SI NO
- 2. ¿USA SU NIÑO/A UNA FEDULA O APARATO ORTOPEDICO? SI NO
- 3. ¿HA CONSULTADO SU NIÑO A UN MEDICO, PROVEEDOR DE SALUD MENTAL, O CONSEJERO CON RELACION A UN PROBLEMA EMOCIONAL? SI NO

SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR EXPLIQUE *(incluya la fecha de la última visita)*: _____

QUESTIONAIRE

- 1. ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENEN RESTRICCIONES DIETÉTICAS? SI NO
SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ANOTE: _____

- 2. ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE UNA RESTRICCION MEDICA O LIMITACION FISICA QUE PUEDA PROHIBIRLE EL PARTICIPAR EN ACTIVIDADES? SI NO
SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ANOTE: _____

- 3. ¿ESTA ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA PASANDO POR PROBLEMAS COMO SON PRESION DE PARES, UNA DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE, ENFERMEDAD FAMILIAR, USO DE DROGAS O ALCOHOL? SI NO
SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ANOTE: _____

4. ¿CUALES SON LAS ACTIVIDADES FAVORITAS DE SUS NIÑOS? _____

5. ¿SU FAMILIA EXPERIMENTÓ CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DE LA VIDA (MOVIDO, SE DIVORCIARON, MUERTE)? _____

- 6. ¿SUS NIÑO/NiÑOS TIENE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN? SI NO
SI ASÍ QUE, POR FAVOR LISTA NIÑO/NiÑOS: _____

7. ¿EN QUE MANERAS PIENSA QUE PODEMOS AYUDAR A SU FAMILIA A DESARROLLARSE Y A CRECER? _____

- 8. ¿TRAE ALGUIEN DE SU FAMILIA MEDICAMENTOS AL CAMPAMENTO? SI NO

MEDICAMENTOS DEL NIÑO/A (anote todos los medicamentos que traerá con usted, incluyendo medicamentos sin receta)

MEDICAMENTOS DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL (anote todos los medicamentos que traerá con usted, incluyendo medicamentos sin receta)

9. SI HAY ALGUNA FAMILIA ESPECÍFICA CON LA QUE QUISIERA COMPARTIR CUARTO, ANOTE AQUI: _____

PHOTO / VIDEO RELEASE

Durante el curso de este programa su familia puede estar participando en una actividad que esta siendo fotografiada (foto o video). Ocasionalmente estas fotografías pueden ser usadas para propósitos promocionales. Sus nombres, la causa de la quemadura de su niño/a y otra información sensible no serán utilizados sin su consentimiento.

SI, DOY PERMISO PARA QUE MI FAMILIA SEA FOTOGRAFIADA POR LA DECLARACION PRELIMINAR

NO, PREFIERO QUE MI FAMILIA NO SEA FOTOGRAFIADA POR LA DECLARACION PRELIMINAR

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

TRANSPORTATION

Transporte será proveído de las siguientes locaciones. Por favor observe las locaciones preferidas de salida/llegada. Usted será contactado antes del campamento para hacer los arreglos finales. Si provee su propia transportación, por favor llegue no después de las 4:30 p.m. el viernes y partirá no después de las 12:30 p.m. el domingo.

HOSPITAL SHRINERS (SACRAMENTO)

PROVEERA SU PROPIO TRANSPORTE

ANGEL FLIGHT

OTRO: _____

SI NECESITA EXPLICAR, PROVEELA AQUI: _____

EMERGENCY INFORMATION

PROVEEDOR DE SEGURO MEDICO

POLIZA #

GRUPO #

()

CONTACTO MEDICO

TELEFONO

()

CONTACTO DE EMERGENCIA

RELACION

TELEFONO

()

CONTACTO DE EMERGENCIA

RELACION

TELEFONO

En el caso de una emergencia, yo por la presente doy mi permiso al equipo medico de **Little Heroes** Preschool Burn Camp que aseguren y administren tratamiento a mi costo, incluyendo tratamiento de emergencia medica o quirúrgica como sea necesario (incluyendo, pero no limitado a rayos X, exámenes de rutina, tratamiento y transporte necesario relacionado)

FIRMA DEL PADRE PARENT/GUARDIAN LEGAL

FECHA

PARTICIPATION AGREEMENT

LITTLE HEROES PRESCHOOL BURN CAMP APLICACION DE FAMILIA

Todos los participantes serán requeridos el adherir las siguientes reglas. El fallo a seguir estas reglas puede causar que sea removido del campamento.

- A los participantes se les requerirá que sigan las reglas del campamento/lugar del campamento todo el tiempo.
- Los participantes serán respetuosos con todos los demás, el personal y empleados del campamento. Esto incluye acoso de cualquier manera, profanidad, racial, sexual, amenaza física, etc.
- Padres/ guardianes tomaran responsabilidad por las acciones de sus hijos/as.
- Posesión de drogas ilegales, alcohol o armas no será tolerado
- Se espera que los participantes protejan el ambiente al poner la basura apropiadamente y regresar las cosas a su respectivo lugar. ("sin dejar rastro")
- Participantes liberan y mantienen indemne al Firefighters Burn Institute, todas las organizaciones afiliadas, voluntarios, representativos y patrocinadores de algún caso civil, propiedad o daños relacionados y gastos (incluyendo honorarios de abogado) que pueden ser incurridos debido a mi participación en este programa y sus actividades

HE LEIDO Y ACEPTO ESTOS TERMINOS Y CONDICIONES:

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

GROUP STUDY RELEASE

Estaremos conduciendo una encuesta para determinar como la experiencia del campamento ha enriquecido la vida de su familia. Esta encuesta será conducida por teléfono aproximadamente 3 meses después del campamento. Sus miembros familiares pueden permanecer completamente en el anonimato. Los resultados de este estudio serán utilizados Para mejorar el programa y sean utilizados como pauta Para futuros programas

- SI, ESTAMOS DISPUESTOS A PARTICIPAR**
- NO, PREFERIRIAMOS NO SER CONTACTADOS.**

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL

FECHA

PARENT/CAMPER QUESTIONS & CONCERNS

Por favor utilice esta área para cualquier pregunta o preocupación. Incluya cualquier información que le gustaría que supiera el personal del campamento.
