



LITTLE HEROES FAMILY BURN CAMP

SOLICITUD FAMILIAR

Apply Online: app.campdoc.com/register/ffbi

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO FIRMADO ANTES DEL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2022

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

TELÉFONO: (916) 739-8525 | FAX: (916) 455-4376 | SITIO WEB: www.ffburn.org

Fechas de campamento: NOVEMBER 4-6, 2022. Little Heroes Family Burn Camp (*por sus siglas en inglés*) es un campamento preescolar para la recuperación de quemaduras. El programa está diseñado para sobrevivientes de quemaduras en edad preescolar de 1 a 7 años, al igual que para sus hermanos y cuidadores. Este programa es único y es de tres días y permite a los niños y sus familias entender y enfrentar los desafíos físicos y emocionales asociados con la recuperación de quemaduras.

INFORMACION PERSONAL

APELLIDO DEL PADRE / TUTOR LEGAL	NOMBRE	TALLA DE CAMISETA
----------------------------------	--------	-------------------

APELLIDO DEL PADRE / TUTOR LEGAL	NOMBRE	TALLA DE CAMISETA
----------------------------------	--------	-------------------

APELLIDO DEL NIÑO	NOMBRE	APODO	SOBREVIVIENTE DE QUEMADURAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------------	--------	-------	---

PRONOMBRES PREFERIDOS DEL NIÑO:	FECHA DE NACIMIENTO	MASCULION/FEMENINO/NO-BINARIO	TALLA DE CAMISETA
<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ELLA	<input type="checkbox"/> ELLOS

APELLIDO DEL NIÑO	NOMBRE	APODO	SOBREVIVIENTE DE QUEMADURAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------------	--------	-------	---

PRONOMBRES PREFERIDOS DEL NIÑO:	FECHA DE NACIMIENTO	CHICO / CHICA	TALLA DE CAMISETA
<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ELLA	<input type="checkbox"/> ELLOS

APELLIDO DEL NIÑO	NOMBRE	APODO	SOBREVIVIENTE DE QUEMADURAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------------	--------	-------	---

PRONOMBRES PREFERIDOS DEL NIÑO:	FECHA DE NACIMIENTO	CHICO / CHICA	TALLA DE CAMISETA
<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ELLA	<input type="checkbox"/> ELLOS

APELLIDO DEL NIÑO	NOMBRE	APODO	SOBREVIVIENTE DE QUEMADURAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------------	--------	-------	---

PRONOMBRES PREFERIDOS DEL NIÑO:	FECHA DE NACIMIENTO	CHICO / CHICA	TALLA DE CAMISETA
<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ELLA	<input type="checkbox"/> ELLOS

DIRECCIÓN DE ENVIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------------------	--------	--------	---------------

() TELÉFONO DE CASA () TELÉFONO MÓVIL DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

¿IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN EL HOGAR?

¿TODOS LOS ADULTOS DE SU FAMILIA HABLAN Y ENTIENDEN EL INGLÉS? SÍ O NO

¿CÓMO FUE REFERIDO AL PROGRAMA?

INFORMACIÓN MÉDICA SOBREVIVIENTES DE QUEMADURAS

/ / FECHA DE LA QUEMADURA DEL NIÑO/A ¿CÓMO SE QUEMÓ EL NIÑO/A?

QUÉ ÁREA DEL CUERPO SE QUEMÓ % DE SUPERFICIE CORPORAL

NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO/A (CAMBIOS DE VESTIMENTA, TERAPIA FÍSICA, ETC. – EN LA DESCRIPCIÓN QUE INCLUYA LA FRECUENCIA)

1. ¿SU HIJO/A TIENE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA? SI NO SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE (incluir si usan silla de ruedas, etc.):

2. ¿SU HIJO/A USA UN PAÑAL? SI NO

3. ¿ALGUNA VEZ SU HIJO/A A CONSULTADO A UN MÉDICO, PROVEEDOR DE SALUD MENTAL O CONSEJERO SOBRE ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL? SI NO SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE (INCLUYA LA FECHA DE SU ÚLTIMA VISITA):

CUESTIONARIO

1. ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE ALGUNA RESTRICCIÓN EN SU DIETA? SI NO SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE:

2. ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE ALERGIAS ALIMENTARIAS? SI NO SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE LA REACCIÓN SI SE COME:

3. ¿ALGUIEN DE SU FAMILIA TIENE ALGUNA RESTRICCIÓN MÉDICA QUE PODRÍAN PROHIBIRLE LA PARTICIPACION EN ACTIVIDADES, INCLUYENDO EDUCACIÓN ESPECIAL O UNA DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE? SI NO

SI ES ASÍ, POR FAVOR LISTA:

4. ¿ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE ESTE LIDIANDO ACTUALMENTE CON PROBLEMAS ESPECIALES, COMO PRESIÓN ENTRE COMPANEROS, UNA DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE, ENFERMEDAD EN LA FAMILIA, O EL USO DE ALCOHOL O USO DE DROGAS ?:

SI NO

SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE:

5. ¿CUÁLES SON LAS ACTIVIDADES FAVORITADAS DE SUS HIJOS?

6. ¿SU HIJO/A / NIÑOS TIENE ANSIEDAD CON SEPARACIÓN? SI NO

SI ES SÍ, POR FAVOR, ENUMERE EL NIÑO/A / NIÑOS Y EL GRADO DE ANSIEDAD:

7. ¿EN QUÉ FORMA CREE QUE PODEMOS AYUDAR A SU FAMILIA A DESARROLLAR Y CRECER?

8. ¿HAY ALGUIEN EN SU FAMILIA QUE TENGA QUE TRAER MEDICAMENTO AL CAMPAMENTO?

SI NO

(Enumere todos los medicamentos, incluyendo los medicamentos de venta libre, y para quién son. Esto incluye un EpiPen).

9. ¿TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA ELEGIBLES (MAYORES DE 12 AÑOS) ESTÁN COMPLETAMENTE VACUNADOS CONTRA COVID-19?"

SI NO

POR FAVOR, CARGUE UNA FOTO DE TODAS LAS TARJETAS DE VACUNACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA O UNA PRUEBA DE VACUNACIÓN EQUIVALENTE EN CAMPDOC.

FOTO / VIDEO DE LANZAMIENTO

Durante el curso de este programa, su familia puede estar participando en una actividad que están haciendo fotografiadas (impresa o en video). Estas fotografías pueden utilizarse con fines de promoción / educativos, incluyendo la publicación en sitios web y de redes sociales por parte de Firefighter Burn Institute o nuestros afiliados y patrocinadores. Sus nombres, la causa de la quemadura del niño y cualquier otra información confidencial no se utilizarán sin antes tener su consentimiento.

- SÍ, OTORGO PERMISO PARA QUE MI FAMILIA SEA FOTOGRAFIADA PARA PROPÓSITOS PROMOCIONALES / EDUCATIVOS.
- NO, PREFERIRÍA QUE MI FAMILIA NO SEA FOTOGRAFIADA PARA PROPÓSITOS PROMOCIONALES / EDUCATIVOS.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

FECHA

TRANSPORTE

Se proporcionará transporte desde los siguientes lugares. Verifique su ubicación y donde quiere que los recoja / y los regrese. Nos comunicaremos con usted antes del campamento para hacer los arreglos finales. Si tiene su propia transportación, llegue al campamento antes de las 4:30 pm del viernes y salida a más tardar de las 12:30 pm del domingo.

ANGEL FLIGHT

TENGO MI PROPIA TRANSPORTACIÓN

VUELO COMERCIAL A SACRAMENTO - EL FFBI LO LEVANTARA Y LOS REGRESARA DEL AEROPUERTO A LA UBICACIÓN DEL CAMPAMENTO Y DE VUELTA EL 11/1 Y 11/3

OTHER: _____

SI SE NECESITA EXPLICACIÓN, INDIQUÉ AQUÍ:

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN	() TELÉFONO
CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN	() TELÉFONO

En caso de una emergencia, por la presente doy mi permiso al personal médico de Little Heroes Family Burn Camp para asegurar y administrar el tratamiento necesario a mi costo, incluyendo el tratamiento médico o quirúrgico de emergencia que sea necesario (incluyendo, y no limitado a, rayos X, pruebas de rutina, tratamiento y transportación si es necesario).

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

FECHA

ACUERDO DE PARTICIPACION

Todos los participantes deberán cumplir con las siguientes reglas. El incumplimiento de estas reglas puede llevar a la expulsión del campamento.

- Se requerirá que todos los participantes sigan todas las reglas relacionadas con el campamento en todo momento.
- Los participantes serán respetuosos con todos los demás participantes, el personal y los empleados del campamento. Esto incluye el acoso de cualquier manera ... obscenidad, comentarios raciales, sexuales, amenazas físicas, etc.
- Los padres / tutores serán responsables de las acciones de sus hijos.
- No se tolerará la posesión de drogas ilegales, alcohol o armas de fuego.
- Se espera que los participantes protejan el medio ambiente desechando la basura adecuadamente y devolviendo los artículos a donde pertenecen ("no deje rastro").
- Los participantes liberarán de responsabilidad a Firefighters Burn Institute, a todas las organizaciones afiliadas, voluntarios, representantes y patrocinadores de daños y gastos civiles, relacionados con la propiedad o relacionados (incluidos los honorarios de abogados) que puedan ocurrir debido a mi participación en el Campamento de Little Heroes Family Burn Camp y sus actividades.

HE LEÍDO Y ACEPTO ESTOS TÉRMINOS Y CONDICIONES:

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

FECHA

PUBLICACIÓN DE ESTUDIO DE GRUPO

Realizaremos una encuesta para determinar cómo fue su experiencia con el campamento y como ha enriquecido la vida de su familia. Esta encuesta se llevará a cabo por teléfono poco después del campamento. Los miembros de su familia pueden permanecer completamente anónimos. Los resultados de este estudio nos ayudarán a planificar y mejorar los programas en el futuro.

- SÍ, ESTAMOS DISPUESTOS A PARTICIPAR.**
- NO, PREFERIMOS QUE NO SE PODRAN CONTACTAR.**

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

FECHA

PREGUNTAS Y PREOCUPACIONES DEL PADRE / CAMPADOR

Por favor use esta área para cualquier pregunta o inquietudes. Incluya cualquier información que desee que el personal del campamento tenga en cuenta.

DECLARACION DE COVID-19

ENTIENDO QUE EL FIREFIGHTERS BURN INSTITUTE SEGUIRÁ TODAS LAS PAUTAS FEDERALES, ESTATALES Y LOCALES LO MEJOR QUE PUEDA EN TORNO A COVID-19 DURANTE LA DURACIÓN DEL CAMPAMENTO. LAS MEDIDAS A SEGUIR INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A, USAR CUBIERTAS PARA LA CARA, REQUERIR PRUEBA DE VACUNACIÓN Y / O PRUEBA DE UNA PCR NEGATIVA RECIENTE O PRUEBA O PRUEBAS RÁPIDAS DE COVID. UNA PRUEBA POSITIVA PUEDE RESULTAR EN LA EXCLUSIÓN DEL RESTO DEL CAMPAMENTO. EL FFBI NO PROPORCIONARÁ TRANSPORTE PARA UN MIEMBRO DEL PERSONAL O UNA FAMILIA DE CAMPISTAS QUE DEN POSITIVO POR COVID-19..

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

FECHA