

Firefighters Kids Camp

Aplicar A Asistir Gratis!



¿Qué Hay De Campamento?

Los Firefighters Kids Camp es una semana de campamento de verano programa que proporciona a los jóvenes sobrevivientes de la quemadura con un divertido y seguro al aire libre que alienta la curación, crecimiento personal y desarrollo de la personalidad. Campamento es una excelente oportunidad para los niños a continuar su proceso de rehabilitación junto con otros niños también en diversas etapas de recuperación. Campamento honorarios son financiadas íntegramente por los Firefighters Burn Institute y asociaciones.

Para Quien es el campamento?

El campamento es gratuito a cualquier niño que:

- ha sido tratada en una unidad de quemados (o que ha sido hospitalizada para relacionadas con quemaduras y
- está entre las edades de seis (y ha terminado el primer grado) y 17 años de edad.

Nosotros servimos generosamente los niños dentro del Norte de California y Nevada. Transporte desde y hasta el campamento es siempre de pre-puntos designados dentro del Norte de California pero pueden ser arreglados para recibir los niños procedentes de otras zonas.

Con el fin de facilitar el proceso de cicatrización de la víctima de quemaduras y la unidad de la familia, hermanos y hermanas de calificados los campistas también se pueden aplicar a asistir. Hermano aceptación será evaluado en vforma individual y está sujeto a la disponibilidad de espacio.

Donde Los NIÑOS Pueden Ser NIÑOS Proporcionar un entorno que potencie nuestros campistas a desafiarse a sí mismos tanto física como mentalmente fomenta actitudes positivas, fomenta apoyo de los compañeros, y ofrece una oportunidad para que nuestros campistas para aprender lo que es lo que es capaz de cualquier cosa y todo!

Llena de Aliento

Interactuando con otras personas que han tenido experiencias comunes y problemas ayuda a los campistas mejor darse cuenta de que no están solos. Mediante interacción con los compañeros y modelos de conducta, ganan la confianza necesaria para hacer la transición de víctima a sobreviviente!



FIREFIGHTERS KIDS CAMP - 2024

Solicitud Para Campero



Aplica online: app.campdoc.com/register/ffbi

Devuelva este formulario antes del domingo, 31 Mayo 2024

Correo a: Firefighters Burn Institute
3101 Stockton Blvd, Sacramento CA 95820

Por correo electrónico a valorie@ffburn.org o por FAX: (916) 455-4376

Fechas de
campamentos
2 al 7 de julio
Camp Arroyo -
Livermore, CA

INFORMACIÓN PERSONAL DE CAMPER

NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

PRONOMBRES DE HIJO/A: EL/ELLO ELLA ELLX

MASCULINO
 FEMENINO
 GENERO NO BINARIO

DIRECCIÓN DE CORREO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

NIÑO VIVE CON MADRE PADRE PADRES DE CRIANZA ABUELOS OTROS: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE DEL NIÑO) _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/GUARDIAN _____ TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO DE CELULAR _____

¿Habla usted inglés?..... SÍ NO ¿Su hijo/hija habla inglés?..... SÍ NO

FECHA DE LA QUEMADURA _____ % SUPERFICIE CORPORAL _____ AREA DE LA QUEMADURA _____

CAUSA DE LA QUEMADURA: _____

CAMISETA TALLA: _____

Suéter talla: _____

(NIÑO P, M, G O ADULTO P, M, G, XG, 2XG)

(NIÑO P, M, G O ADULTO P, M, G, XG, 2XG)

Grado estará presente este otoño: _____

¿TENIDO EXPERIENCIAS ANTERIORES DE CAMPO DE SU HIJO?..... SÍ NO

SI RESPONDE SÍ, INDÍQUELOS AÑO Y NOMBRE DEL CAMPAMENTO: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DEL FIREFIGHTERS KIDS CAMP?

¿SU NIÑO/A TIENE MIEDO A ALGO EN PARTICULAR COMO A COSAS O SITUACIONES?

¿EN EL ÚLTIMO AÑO SU NIÑO/A HA TENIDO ALGUN CAMBIO SIGNIFICATIVO EN LA VIDA?

POR FAVOR PROVEER CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL QUE USTED SIENTA QUE LE VA AYUDAR AL CONSEJERO TRABAJAR MAS EFICAZMENTE CON SU HIJO/A, O HACER UNA LISTA CON CUALQUIER PREGUNTA O PREOCUPACION QUE USTED TENGA SOBRE NUESTRO PROGRAMA. (SI ES NECESARIO UTILIZE PAPEL ADICIONAL)

SEGURO MÉDICO Y DOCTOR

PROVEEDOR DE SEGURO DE SALUD

NÚMERO DE PÓLIZA

NOMBRE DEL DOCTOR/ENFERMERA

DIRECCIÓN DE OFFICINA

TELEFONO

¿SU HIJO/A TOMARA EL MEDICAMENTO DURANTE EL CAMPAMENTO?..... SÍ NO
Si su respuesta es si, por favor describa el tipo, la frecuencia y la cantidad que tomara.

HISTORIAL MEDICO

ANOTE TODOS LAS ALERGIAS MEDICAS QUE USTED TENGA CONOCIMIENTO, RESTRICCIONES DIETETICAS Y ALERGIAS A LOS ALIMENTOS:

¿ESTÁ SU NIÑO VEGETARIANO?..... SÍ NO

INDIQUE SI SU NIÑO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE O EN EL PASADO HA TENIDO UNO DE LAS ENFERMEDADES QUES SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN. SI SU RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE LAS FESCHAS APPROXIMADAS.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ECCEMA | <input type="checkbox"/> DESMAYOS | <input type="checkbox"/> INFECCIONES DE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> PIOJOS |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> CONDICIONES DE LOS | <input type="checkbox"/> OLDO | <input type="checkbox"/> VARICELLA | <input type="checkbox"/> TRASTORNOS DE |
| <input type="checkbox"/> RONQUIDOS | <input type="checkbox"/> OJOS | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> SANGRADO |
| <input type="checkbox"/> HUESOS ROTOS | <input type="checkbox"/> AÑADIR / TDAH | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> PAPERAS | <input type="checkbox"/> _____ |

- ¿Hace su niño tiene problemas con cama mojar, incontinencia (pull-ups/pañales) o necesita ayuda en uso de baño o ducha?..... SÍ NO

Si su respuesta es si, por favor describa: _____

- ¿Hay algunas actividades especificas que se aconsejan o se le niega la participacion?..... SÍ NO

Si su respuesta es si, por favor describa: _____

- Sólo para niñas ... ¿HA MENSTRUADO SU HIJA?..... SÍ NO

- ¿A SU HIJO ACTUALMENTE ROPA DE LA PRESIÓN?..... SÍ NO

- ¿EL USO DE NIÑOS LOCIÓN O CREMA EN SU PIEL?..... SÍ NO

- ¿HACE SU NIÑO USE UN APARATO ORTOPÉDICO / PRÓTESIS??..... SÍ NO

- ¿HACE SU HIJO EN LA ACTUALIDAD UTILIZA UNA SILLA DE RUEDAS?..... SÍ NO

¿Su hijo/hija va requerir alguna ayuda especifica que debemos saber mientras este en el campamento? Por ejemplo, moja la cama, tiene pesadillas, miedo a la oscuridad, ayuda a vestirse, etc.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Por la presente yo testifico que el historia médico proporcionado en este documento es correcto, a mi mejor conocimiento y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento prescritas con la excepción siguiente.

Estoy de acuerdo a que el personal o sus agentes autorizados del Firefighters Kids Camp administren medicamentos sin receta (medicamentos genéricos o equivalentes) y / o medicamentos con receta (según sea aconsejado por un medico), por razones medicas y si se considera necesario. Esto incluye, pero no se limita a; Loción de calamina, Betadine, Leche de Magnesia, Pepto Bismol, Aspirina, Ibuprofeno, Tylenol, Neosporin, Bloqueador Solar, Sucrets, Ungüento Picar, Blistex y Visine.

Yo también entiendo que se tomarán las medidas razonables para proteger la salud y seguridad de todos los participantes en todo momento, y que se me notificará tan pronto como sea posible en caso de cualquier emergencia que afecte a mi hijo/a.

En caso de una emergencia y que no se puedan comunicar conmigo, doy mi permiso para que el personal médico de Firefighters Kids Camp aseguren y administren el tratamiento y pago los gastos, incluyendo el tratamiento médico o quirúrgico tal y como sea necesario; incluyendo, pero no limitado a, los rayos X, pruebas de rutina, tratamiento y el transporte necesario para mi hijo/a.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDO _____ RELACION AL NIÑO _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono mobil _____

NOMBRE Y APELLIDO _____ RELACION AL NIÑO _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono mobil _____

INFORMACION DE TRANSPORTE

INDICAN CÓMO SU NIÑO VA A LLLEGAR Y SALIR DEL CAMPO.

MI HIJO/HIJA LLEGARÁ A CAMPO POR:

- SHRINERS HOSPITAL (Sacramento) ANGEL FLIGHT OTRO: _____
 VAMOS A OFRECER NUESTRO PROPIO TRANSPORTE (POR FAVOR LLEGAR CON NO MÁS DE 4:30 PM)

MI HIJO/HIJA SALE DEL CAMPO POR:

- SHRINERS HOSPITAL (Sacramento) ANGEL FLIGHT OTRO: _____
 VAMOS A OFRECER NUESTRO PROPIO TRANSPORTE (POR FAVOR LLEGAR NO MÁS TARDE DE 11:00 AM)

Se proporciona transporte al campamento desde/hacia el Hospital Shriners en Sacramento. También se puede organizar transporte adicional desde otras áreas regionales. Trabajaremos para ayudar con el transporte de las personas que residen fuera del área de Sacramento, sin embargo, no podemos garantizar las adaptaciones de transporte.

INFORMACION DE TRANSPORTE

POR FAVOR INDIQUE EL NOMBRE DE LA PERSONA(S) QUE ESTAN AUTORIZADOS PARA LEVANTAR A SU NIÑO/A CUANDO REGRESEN AL CAMPAMENTO O POR ALGUNA EMERGENCIA. SU HIJO/A SOLO TENDRA PERMISO DE IRSE CON LA PERSONA NOMBRADA AQUÍ ABAJO. IDENTIFICACION SERA REQUERIDA.

NOMBRE RELACIÓN TELÉFONO

NOMBRE RELACIÓN TELÉFONO

NOMBRE RELACIÓN TELÉFONO

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, él/ella firmante, certifico que soy el padre o tutor legal del participante mencionado arriba, y que él/ella está en buenas condiciones físicas y doy permiso para que él/ella participe en las actividades en Firefighters Kids Camp. Además, entiendo que Firefighters Kids Camp es un programa de actividad física. Lastimaduras y la exposición a temperaturas frías son unos de los potenciales peligros. Por lo cual se requiere ropa y equipo adecuado. Además reconozco que hay potencial de lesiones incluyendo torceduras, desgarros, cortadas, raspaduras, fracturas en extremidades e incluso muerte accidental. Yo, estoy de acuerdo en asumir plena responsabilidad por cualquier lesión o daños sufridos por él / ella en conexión a su estancia en Firefighters Kids Camp.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FOTOGRAFIAS / VIDEO

DURANTE LA ESTANCIA DE SU HIJO/A EN EL CAMPAMENTO, EL / ELLA PUEDE ESTAR PARTICIPANDO EN UNA ACTIVIDAD QUE SE ESTA SIENDO FOTOGRAFIADO (IMPRESION Y VIDEO). OCASIONALMENTE, ESTAS FOTOGRAFIAS PUEDEN SER USADAS PARA PROPOSITOS COMERCIALES.

- NO** NO DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO/A SEA FOTOGRAFIADO POR FIREFIGHTERS KIDS CAMP PARA FINES PROMOCIONALES
- SÍ** SI DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO/A SEA FOTOGRAFIADO POR FIREFIGHTERS KIDS CAMP PARA FINES PROMOCIONALES

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

ACUERDO DE COMPORTAMIENTO DEL CAMPAÑISTA

¡FIREFIGHTERS KIDS CAMP PROMOTE SER UNA GRAN EXPERIENCIA PARA TODOS LOS QUE ESTAN INVOLUCRADOS! Por favor tome un momento para repasar las siguientes directrices del campamento con su hijo/a antes de firmar abajo.

COMPORTAMIENTOS ACEPTABLES INCLUYEN:

- Se espera que los campistas van a cumplir con las reglas del campo a todo momento.
- Se espera que los campistas van hacer atentos y ser respetuoso con todo el personal de campo en todo momento.
- Se espera que los campistas van a Entender y Escuchar activamente.
- Se espera que los campistas van a trabajar juntos – el “sistema de amigos/as” y se debe usar en todo momento.
- Se espera que los campistas van a proteger el medioambiente.
- Se espera que los campistas van a cuidar cualquier equipo que utilicen y lo van a devolver al lugar donde lo encontraron.

COMPORTAMIENTOS INACEPTABLES INCLUYEN, PERO NO SON LIMITADOS A:

- No se les permitirá a los campistas actuar de una manera que exhibe humor racista o sexistas.
- No se les permitirá a los campistas amenazar o acosar a otro/a campista o miembro del personal.
- No se les permitirá a los campistas tener alcohol y / o drogas ilícitas, armas o fuegos artificiales en el campamento.
- No se les permitirá a los campistas fumar en el campamento. Cualquier producto de tabaco será confiscados y no se les devolverá.
- **No se les permitirá a los campistas traer radios, buscapersonas (pagers, por sus siglas en Ingles), teléfonos celulares u otros dispositivos electrónicos al campamento.**
- No se les permitirá a los campistas usar malas palabras o pelear en el campamento.

Firefighters Kids Camp se reserve el derecho a retirar del campamento a cualquier campista cuyo comportamiento, y bajo el juicio del Director(es) del Campo, sea determinado que sea perjudicial y para el mejor interés de los niños y adultos que utilizan las instalaciones del campamento y / o por el bienestar general del campamento.

NUESTRAS FIRMAS SIGNIFICAN QUE MI NIÑO/A HEMOS LEÍDO Y ENTENDIDO ESTA POLÍTICA Y NOS DAMOS CUENTA DE QUE ESTÁN EN VIGOR CON FIN DE ASEGURAR A TODOS LOS CAMPISTAS Y MEDIO AMBIENTE.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DEL CAMPER _____

NO SE PERMITIRÁ TELÉFONOS CELULARES EN EL CAMPO.

DECLARACIÓN 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, entre otras, el uso de cubiertas faciales, la exigencia de prueba de vacunación y/o la prueba de una prueba o prueba de PCR negativa reciente o pruebas o pruebas rápidas de COVID. Una

prueba positiva puede resultar en la exclusión del resto del campamento. FFBI no proporcionará transporte para un miembro del personal o familia de campistas que dé positivo por COVID-19.

POLÍTICA DE VACUNACIÓN

Para la salud y seguridad de nuestros campistas, el Firefighters Burn Institute de acuerdo con los estándares de la American Camp Association (ACA), solicita a todos los padres que lean y completen cuidadosamente la sección correspondiente de nuestra política de inmunización a continuación y la devuelvan a nuestra oficina a más tardar Primer día de campamento, 2 de julio de 2024.

DECLARACIÓN DE VACUNAS ACTUALES:

Yo _____, el padre / tutor de _____
Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) Nombre del campista (en letra de imprenta)

atestiguar que mi hijo está al día con todas las vacunas requeridas para la escuela. Además doy fe de que la última vacuna contra el tétanos del niño estaba en _____.
FECHA (MM/YY)

DE FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FECHA

EXENCIÓN DE LA INMUNIZACIÓN: PARA MENORES QUE NO TIENEN INMUNIZACIONES POR MOTIVOS RELIGIOSOS U OTROS. SI HA LLENADO LA PARTE SUPERIOR, OMITA ESTA SECCIÓN.

AFVIDAVIT PARA SER FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR

Solicito la exención de mi hijo _____ de la inmunización
Nombre del campista (Imprimir)

requisitos para la asistencia al campamento porque todas o algunas vacunas son contrarias a mis creencias. Entiendo que en el caso de un brote de cualquiera de estas enfermedades, el campista mencionado anteriormente puede ser excluido temporalmente del campamento para su protección.

FECHA DE FIRMA DEL PADRE / TUTOR

FECHA



LANZAMIENTO DE FOTOS

EL INSTITUTO DE INCENDIOS DE BOMBEROS (FFBI) ES UNA ORGANIZACIÓN CARITATIVA QUE DEPENDE DEL APOYO FINANCIERO DEL PÚBLICO PARA OPERAR Y OFRECER PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN PARA LOS SUPERVIVIENTES DE QUEMADURAS. LOS PROGRAMAS DEL FFBI EN EL MERCADO, LAS RELACIONES PÚBLICAS Y LOS PROGRAMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS DISEÑADOS PARA PUBLICAR LA DISPONIBILIDAD DE SUS SERVICIOS Y LA NECESIDAD DE DONACIONES Y APOYO FINANCIEROS CONTINUADOS. EL FFBI PIDE SU CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VIDEOTAPAS, AUDIOTAPAS, FOTOS DE MOVIMIENTO U OTRAS GRABACIONES QUE CONTENGAN IMÁGENES Y / O VOZ DE USTED (SI ES LA EDAD DE 18 AÑOS) O SU HIJO (SI ES EL PADRE O PADRE DEL NIÑO) TUTOR) COMO PARTE DE LOS PROGRAMAS DE COMERCIALIZACIÓN, RELACIÓN PÚBLICA Y RECAUDACIÓN DE FFBI. SU CONSENTIMIENTO, O EL RECHAZO A OTORGAR TAL PERMISO, NO TENDRÁ NINGUNA RIESGO DE USTED O LA PARTICIPACIÓN DE SU HIJO EN PROGRAMAS OFRECIDOS POR EL FFBI. POR FAVOR VERIFIQUE SI O NO Y FIRME ABAJO. ¡GRACIAS!

SÍ, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VIDEOS, AUDIOLIBROS, FOTOS DE PELÍCULAS U OTRAS GRABACIONES QUE CONTENGAN IMÁGENES DE MÍ (SI TENGO 18 AÑOS O MÁS) O DE MI HIJO (SI SOY PADRE O MADRE DEL NIÑO) O TUTOR LEGAL) EN MARKETING, RELACIONES PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS PARA EL FFBI.

QUIERO AYUDAR A FFBI EN SU COMERCIALIZACIÓN, RELACIONES PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS, Y CONSENTIDO EN LA PRODUCCIÓN Y USO DE FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VIDEOTAPAS, AUDIOTAPAS, FOTOS DE MOVIMIENTOS U OTRAS GRABACIONES DE MÍ O MI HIJO POR CUALQUIER MARCADO, PUBLICACIONES RELACIONADAS O FINES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS.

PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO POR ESCRITO. SIN EMBARGO, REVOCAR EL CONSENTIMIENTO NO AFECTARÁ EL USO O CONTINUACIÓN DE CUALQUIER MATERIAL QUE SE CREÓ BASADO EN MI AUTORIZACIÓN PREVIA.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE DESPUÉS DE QUE FFBI HA PUBLICADO ESTAS FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VÍDEO, VÍDEO, AUDIOTA, IMÁGENES DE MOVIMIENTO O OTRAS GRABACIONES, OTRAS PERSONAS EN LA PARTICIPACIÓN DE LA CAJA DE CABO ESTADO DE LA LÁMPARA EN EL QUE SE BASAN LAS ACTIVIDADES. NO HAY MANERA DE EVITAR ESTO DE SUCEDER.

ENTREGO CUALQUIER Y TODOS LOS DERECHOS O RECLAMACIONES POR EL PAGO O LAS REALIDADES EN CONEXIÓN CON CUALQUIER EXPOSICIÓN, PUBLICIDAD DE IMPRESIÓN Y TRANSMISIÓN, TELEVISIÓN EN EL GRUPO DE LA BÚSQUEDA DE LA BÚSQUEDA DE VESTIDOS DE LA BÚSQUEDA DE VESTIDOS DE LA BÚSQUEDA DE VESTIDOS DE LA BÚSQUEDA A TRABAJADOR DE LA BÚSQUEDA DE VIGENCIA, OTRAS PROMOCIONES, DISTRIBUCIÓN DIGITAL , IMÁGENES DE MOVIMIENTO U OTRAS GRABACIONES UTILIZADAS PARA FOMENTAR LA MISIÓN DEL FFBI.

ACEPTO TENER AL CUMPLIMIENTO DE HARMLESS FFBI Y SUS ASOCIACIONES AFILIADAS Y TODO SU PERSONAL Y VOLUNTARIOS, SUS OFICIALES, MIEMBROS Y EMPLEADOS DE CUALQUIER Y ALGUNA PARTICIPACIÓN DE LA CÁMARA DE LUCHA. GRABACIONES.

ENTIENDO QUE PUEDO HACER UNA PREGUNTA SOBRE ESTE CONSENTIMIENTO ANTES DE FIRMAR ESTE COMUNICACIÓN.

NO, NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS, VIDEOTAPAS, AUDIOTAPAS, FOTOS DE MOVIMIENTO U OTRAS GRABACIONES QUE CONTENGAN IMÁGENES DE MÍ (SI SOY 18 AÑOS O MÁS), O DE MI HIJO PADRE INFANTIL O TUTOR LEGAL) EN MARKETING, RELACIONES PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS PARA EL FFBI.

BY SIGNING BELOW, I ACKNOWLEDGE THAT I HAVE READ THE TERMS OF THIS RELEASE AND HAVE CHECKED EITHER "YES" ABOVE TO GIVE MY CONSENT OR "NO" ABOVE TO REFUSE CONSENT. I HAVE NO QUESTIONS OR THEY HAVE BEEN ANSWERED TO MY SATISFACTION.

SIGNATURE (LEGAL ADULT OR PARENT/LEGAL GUARDIAN'S)

DATE

PRINT NAME (LEGAL ADULT OR PARENT/LEGAL GUARDIAN'S)

PRINT NAME (CHILD'S IF APPLICABLE)

CAMPAMENTO INFANTIL 2024 PARA NIÑOS



CAMPER - INFORME DE EXAMEN MÉDICO

LAST	FIRST	MI	FECHA DE NACIMIENTO
PROVEEDOR DE SEGUROS	POLÍTICA #	Nombre medico	TELEFONO #

HEALTH HISTORY PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO, ASISTENTE MÉDICO O ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

El propósito del examen es determinar la capacidad del campista para participar en actividades básicas, tiene una enfermedad contagiosa que podría transmitirse a otros o tiene una condición médica, física o emocional que requeriría atención especial por parte del personal del campamento.

	YES	NO		YES	NO
Cardiovascular disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Food Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lung disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies to medicines.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscular disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Communicable disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dizziness or frequent headaches.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seizures, convulsions or fainting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other conditions being treated (<i>explain below</i>).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLANATIONS:

Adjunte hoja adicional si es necesario

HEIGHT: _____ WEIGHT: _____ BLOOD PRESSURE: _____ PULSE: _____

	YES	NO		YES	NO
Immunizations are current.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Currently taking medications.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICATIONS:

Incluye dosis, frecuencia y hora del día.

A menudo, el transporte al campamento se realiza a través de pequeños aviones privados.

En su opinión, ¿este niño es médicamente estable y puede volar en un avión pequeño, no presurizado?	YES	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIGNATURE OF AUTHORIZED MEDICAL EXAMINER _____ DATE OF EXAM _____

- **ADJUNTE UNA COPIA DE LOS REGISTROS DE INMUNIZACIÓN ACTUALES**

RETURN TO:

Firefighters Burn Institute | 3101 Stockton Blvd., Sacramento, CA 95820
Office: (916) 739-8525 | Fax: (916) 455-4376 | www.ffburn.org