A black text on a white background

Description automatically generatedLITTLE HEROES FAMILY BURN CAMP

A black and white image of a couple of kids jumping

Description automatically generated SOLICITUD FAMILIAR

Apply Online: [app.campdoc.com/register/ffbi](file://ffbi-T310/ffbi_info/FFBI%202021/LHPBC/Applications/Blank/app.campdoc.com/register/ffbi)

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO FIRMADO ANTES DEL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2024**

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: 1 a 3 de NOVIEMBRE 2024.** Little Heroes Family Burn Camp *(por sus siglas en inglés)* es un campamento para la recuperación de quemaduras por niños menores. El programa está diseñado para sobrevivientes de quemaduras en edad preescolar de 1 a 6 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**

**SI NO**

**APELLIDO DEL NIÑO NOMBRE APODO SOBREVIVIENTE DE QUEMADURAS**

**FECHA DE NACIMIENTO MASCULION/FEMENINO/NO-BINARIO TALLA DE CAMISETA**

**PRONOMBRES DEL NIÑO: ÉL ELLA ELLX**

**SI NO**

**APELLIDO DEL NIÑO NOMBRE APODO SOBREVIVIENTE DE QUEMADURAS**

**FECHA DE NACIMIENTO CHICO / CHICA TALLA DE CAMISETA**

**PRONOMBRES PREFERIDOS DEL NIÑO: ÉL ELLA ELLOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SI NO**

**APELLIDO DEL NIÑO NOMBRE APODO SOBREVIVIENTE DE QUEMADURAS**

**FECHA DE NACIMIENTO CHICO / CHICA TALLA DE CAMISETA**

**PRONOMBRES PREFERIDOS DEL NIÑO: ÉL ELLA ELLOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SI NO**

**Apellido DEL NIÑO NOMBRE APODO SOBREVIVIENTE DE QUEMADURAS**

**FECHA DE NACIMIENTO CHICO / CHICA TALLA DE CAMISETA**

**PRONOMBRES PREFERIDOS DEL NIÑO: ÉL ELLA 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? Los Ninos? 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.):*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **¿Su hijO/A usa un pañal? SI NO**
2. **¿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:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE ALERGIAS ALIMENTARIAS? SI NO**

**SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE LA REACCIÓN SI SE COME:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**SI ES ASÍ, POR FAVOR LISTA:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **¿ 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:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **¿CUÁLES SON LAS ACTIVIDADES FAVORITADAS DE SUS HIJOS?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿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:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

1. **¿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).*

**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 comunicáremos 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**  **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**  **Angel flight** | **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**