

()
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 NIÑOS? 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? SÍ NO

SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE (incluir si usan silla de ruedas, etc.):

2. ¿SU HIJO/A USA UN PAÑAL? SÍ NO

3. ¿ALGUNA VEZ SU HIJO/A A CONSULTADO A UN MÉDICO, PROVEEDOR DE SALUD MENTAL O CONSEJERO SOBRE ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL? SÍ 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? SÍ NO

SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLIQUE:

2. ¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE ALERGIAS ALIMENTARIAS? SÍ 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 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES, INCLUYENDO EDUCACIÓN ESPECIAL O UNA DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE?

SÍ 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).

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

