

# 2010 HISTORIA DE SALUD Y AUTORIZACION DE TRATAMIENTO MEDICO

Nombre del Campista \_\_\_\_\_

Nº del Campamento\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_ / \_\_ / \_\_

Número de Seguridad Social # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de la última  
vacuna de tétano del campista \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Historia médica del campista:

### Por favor marca con círculo todo lo pertinente:

- Infección crónica de la garganta
- Infección crónica de los oídos
- Infección crónica del seno
- Infección crónica de los pulmones
- Infección crónica del tracto urinario
- Desmayos
- Hemorragias nasales
- Calambres
- Problemas del corazón
- Hipertensión arterial; ¿está controlado? **S N**
- Diabetes; ¿está controlado? **S N**
- Convulsiones; ¿están controlados? **S N**
- Epilepsia; ¿está controlado? **S N**
- Caminar dormido
- Asma u otros dificultades respiratorias
- Problemas crónicas digestivas o gástricas
- Mojar la cama o incontinencia urinaria
- Ansiedad
- Hiperactividad
- Trastorno por Déficit de Atención (TDA/ADD) o Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad (TDAH/ADHD)
- Comportamiento violento o agresivo

Por favor explica: \_\_\_\_\_

Nombre (Escribe con letra de molde) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación al Campista \_\_\_\_\_  
(“padre”, “tutor legal” o “si mismo”)

Aseguradora Medica de la Familia \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Número de Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(padre, tutor legal, o campista adulto)

Todos los campistas, a pesar de su salud, deben MANDAR ESTE FORMULARIO POR CORREO, completo y firmado, CON SU FORMULARIO DE INSCRIPCION.

**El campista no será admitido al campamento o viaje sin este formulario.** Se honra y mantiene la confidencialidad. Asegúrese de sacar copia de ambos lados de este formulario cuando hace copias adicionales. Para una explicación más extensa de respuestas, usa papel adicional y adjúntalo al formulario. **Por favor incluya una lista de todos los medicamentos del campista al lado opuesto de este formulario.**

### Por favor marca con círculo “S”(si) o “N”(no) para lo siguiente:

- S N** El campista puede subir y bajar las escaleras fácilmente
- S N** El campista ha sido expuesto recientemente a una enfermedad contagiosa  
En caso afirmativo, por favor identificalo: \_\_\_\_\_
- S N** El campista tiene tubos en el oído.  
En caso afirmativo, ¿cuál(es) oído(s)? \_\_\_\_\_
- S N** El campista tiene una enfermedad de la piel.  
En caso afirmativo, por favor identificalo: \_\_\_\_\_
- S N** El campista ha experimentado estrés o trauma fuera de lo normal.  
En caso afirmativo, por favor explica: \_\_\_\_\_
- S N** ¿Existe una condición física, mental, psicológica, espiritual, o social que requiere actividades limitadas o ayuda especial?

En cualquier caso afirmativo, por favor explica: \_\_\_\_\_

### Alergias y necesidades dietéticas:

¿El campista requiere una dieta diabética? **S N**

Por favor haz una lista de todos los alergias que tiene el campista, incluso a la comida, al medicamento y al ambiente.

### Vacunas:

Por favor escribe la fecha de la mas reciente (mes/año si sea posible.)	____/____ Hepatitis A
____/____ DTPa (Difteria, Tétano, Acellular Pertussis) (Eng. Tdap)	____/____ MCV4 (Meningocócica)
____/____ Influenza	____/____ Hepatitis B
____/____ VPH (Virus del Papiloma Humano) (Eng. HPV)	____/____ VPP (Neumocócica) (Eng. PPV)
	____/____ IPV (Virus de la polio)
	____/____ Varicela
	____/____ MMR (Contra sarampión, paperas y rubéola)

Entiendo que el personal del campamento necesita saber información pertinente sobre la salud mental y física del campista. Por eso, he revelado toda la información que podría poner en peligro el salud y la seguridad del campista o de los demás. Al no revelar la información podría requerir que mi hijo tendrá que salir del campamento y volver a casa.

Doy permiso al campamento para proveer servicios médicos rutinarios, administrar medicamentos recetados y medicamentos sin receta, buscar tratamiento médico en caso de emergencia incluso pedir rayos X y análisis rutinaria, y arreglar la transportación necesaria para todo lo relacionado.

Estoy de acuerdo con la liberación de cualquier documento necesario para propósitos de seguro. En el evento de que no se puedan poner en contacto conmigo (o no puede responder si sea campista adulto) en caso de emergencia, doy permiso a los médicos elegidos por el personal del campamento para asegurar y administrar tratamiento apropiado, incluso hospitalización, para la persona arriba mencionada. También doy permiso para la liberación de información respecto al tratamiento medico anteriormente mencionado al personal del campamento.

Doy permiso, a menos que esté indicada, para usar cualquier foto tomada en el campamento únicamente para el propósito de la promoción del campamento por el Kansas West Annual Conference.

(Asegúrase de hacer copia de ambos lados de este formulario cuando hace copias adicionales.)

# 2010 PETICION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO



## ANUNCIO A PADRES/TUTORES LEGALES:

Cuando algún medicamento estará tomado en el campamento, este formulario tiene que ser llenado. Medicamentos tienen que llegar al campamento en el recipiente original de la farmacia y tienen que mostrar el nombre del campista, nombre del médico/ dentista, número de receta, nombre del medicamento y la dosis. Medicamentos sin receta también tienen que llegar al campamento en sus recipientes originales. Gracias.

**Nombre del campista:** \_\_\_\_\_

**Médico o Dentista:** \_\_\_\_\_

### Medicamentos recetados que necesita tomar (use más papel como sea necesario y adjuntarlo al formulario):

1. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Número de receta: \_\_\_\_\_

Hora(s) para tomarlo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

¿Por cuanto tiempo el campista ha estado tomando este medicamento en este dosis? \_\_\_\_\_

2. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Número de receta: \_\_\_\_\_

Hora(s) para tomarlo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

¿Por cuanto tiempo el campista ha estado tomando este medicamento en este dosis? \_\_\_\_\_

3. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Número de receta: \_\_\_\_\_

Hora(s) para tomarlo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

¿Por cuanto tiempo el campista ha estado tomando este medicamento en este dosis? \_\_\_\_\_

### Medicamentos sin receta que necesita tomar (use más papel como sea necesario y adjuntarlo al formulario):

Medicamento: \_\_\_\_\_ Hora(s) para tomarlo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Hora(s) para tomarlo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Hora(s) para tomarlo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

**RAZON(ES) PARA MEDICAMENTO(S):** \_\_\_\_\_

Por medio del presente solicito que (nombre del campista) \_\_\_\_\_ recibe el/los medicamento(s) mencionado(s) arriba como apuntado y que el/la enfermero/a u otro líder adulto del campamento administra el medicamento. Entiendo que es mi responsabilidad proveer este medicamento y las instrucciones para administrar lo mismo. Además entiendo y acepto que de parte de mi mismo y la persona arriba mencionada, yo por la presente renuncio al derecho y libero cualquiera acción, causa de acción o derecho de responsabilidad por cualquiera pérdida, daños y perjuicios, accidente o herida de cualquier tipo contra el Kansas West Annual Conference y contra cualquier(a) enfermero(a) o líder adulto del campamento que viene de la administración del medicamento, incluso, pero no limitado, a cualquier reclamó de medicamentos administrado con descuido, y acepto indemnizar, proteger y eximir de toda responsabilidad a tales personas y el Kansas West Annual Conference de toda y cualquier demanda.

**Nombre (escribe con letra de molde)** \_\_\_\_\_  
(padre, tutor legal o campista adulto)

**Firma** \_\_\_\_\_  
(padre, tutor legal o campista adulto)

**Relación al Campista:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(“padre”, “tutor legal”, “si mismo”)

(Asegúrese de hacer copia de ambos lados de este formulario cuando hace copias adicionales.)

# 2010 INSCRIPCIÓN AL CAMPAMENTO INSTRUCCIONES Y PÓLIZAS

## INSTRUCCIONES PARA INSCRIBIRSE:

- Llene el formulario por completo con la información correcta. Información incompleta hará más lento el proceso de inscribirse y para el campista podrá resultar en no recibir su primera elección del campamento.
- Los grados de la escuela que están mencionados se refieren al grado para el otoño de **2010**. Por favor seleccione campamentos para el nivel apropiado del grado.
- El formulario para inscribirse TIENE QUE estar firmado por el campista y el padre o tutor legal para menores de edad y otros casos pertinentes.
- Después de llenar los formularios de inscripción y salud, haga una copia de ambos lados para una referencia en el futuro.
- Inscripciones no serán aceptadas por teléfono.



**¡Inscríbete temprano! Precios del campamento que aparecen entre paréntesis serán usados para todas las inscripciones mataselladas después del 1 de mayo.**

## INSCRIPCIONES CANCELADAS Y SOLICITUDES PARA CAMBIAR CAMPAMENTOS:

Todos los solicitudes para cambiar de campamento o cancelar inscripción son susceptibles a un costo administrativo de \$20.

- Reembolso completo menos el costo administrativo: 15 días o más antes de la fecha de comienzo del campamento.
- Reembolso de 50% menos el costo administrativo: 14 días o menos antes de la fecha de comienzo del campamento.
- No hay reembolso para personas que no vienen, a excepción de enfermedad o herida o para una muerte en la familia únicamente.

## INSTRUCCIONES DE PAGO:

- Envíe el pago junto con los formularios del campamento.
- Para campamentos en **LAKESIDE** (#L300's), envíe los formularios de inscripción y el pago a:  
Camp Lakeside, 300 E. Scott Lake Dr., Scott City, KS 67871.  
Escriba el cheque a nombre de Camp Lakeside. Puede enviar por fax la inscripción pagada por tarjeta de crédito a 620-872-3023.
- Para campamentos en **HORIZON** (#H400's), envíe los formularios de inscripción y el pago a:  
Camp Horizon, 30811 Horizon Dr., Arkansas City, KS 67005.  
Escriba el cheque a nombre de Camp Horizon. Se permite pago por tarjeta de crédito si se inscriba por Internet.
- Para **campamentos de CCYM** y "**Campamentos de Lugar Remoto**" (Off-Site Camps) (#C500'S), envíe los formularios de inscripción y el pago a:  
Kansas West Conference, 9440 E. Boston Suite 110, Wichita, KS 67207.  
Escriba el cheque a nombre de Kansas West Conference. Puede enviar por fax la inscripción pagada por tarjeta de crédito a 316-684-0044.

## RECORDATORIOS UTILES:

- ¡Inscríbese temprano! Algunos campamentos se llenan rápido.
- Campistas/padres son responsables para el transporte hacia y desde el campamento.
- Se proporcionan mapas de las ubicaciones de los campamentos en la guía del campamento. Para direcciones más específicas, llame al campamento.
- Una carta de confirmación será enviada por correo electrónico después de que la inscripción sea tramitada. Por favor incluya un correo electrónico vigente para ayudar con este proceso. La carta incluye información sobre lo que debe traer consigo al campamento, y también horas de llegada y salida. El campista debe traer el acuerdo de participación consigo al campamento. Nadie será admitido al campamento sin tener los formularios apropiados archivados.
- Visita el enlace de los campamentos en la página Web de la conferencia, [www.ksWESTumc.org](http://www.ksWESTumc.org) bajo el subtítulo de Ministerios/Ministerios de Campamento (Ministries/Camping Ministries), para averiguar el estatus de los campamentos, bajar formularios, y ver mapas de las ubicaciones de los campamentos.

## ¿QUIERE SABER MAS?

Se puede encontrar más información acerca de los campamentos y sus instalaciones en los siguientes páginas Web:

**Campamento Lakeside:** [www.camplakeside.net](http://www.camplakeside.net)

**Campamento Horizon:** [www.horizoncenter.org](http://www.horizoncenter.org)

**Conference:** [www.ksWESTumc.org](http://www.ksWESTumc.org)

(Asegúrese de hacer copia de ambos lados de este formulario cuando hace copias adicionales.)

# 2010 FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA CAMPAMENTOS METODISTA UNIDA

ESCRIBA A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE USANDO TINTA NEGRA O AZUL.

IMPORTANTE: Antes de llenar este formulario, por favor lea las instrucciones y pólizas.



## INSCRIBASE POR INTERNET

Si Ud. tiene una computadora y conexión al Internet, evite el papeleo y inscribese para el campamento sobre la red:

**LAKESIDE:**  
camplakeside.net

**HORIZON:**  
horizonumcenter.com

**CCYM y Otros:**  
kswestumc.org/register

**NUMERO DEL CAMPAMENTO:** \_\_\_\_\_ Precio: \$ \_\_\_\_\_ **NOMBRE DEL CAMPAMENTO:** \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE EL CAMPISTA (Los campamentos son solamente en Ingles)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_ Grado Escolar para otoño **2010:** \_\_\_\_\_

El campista vive con (marca con círculo): Ambos padres | Madre | Padre | Otro: \_\_\_\_\_  
(Nombre/Relación al Campista)

Talla de camiseta (marca con círculo): S | M | L | XL | XX | XXXL El campista asista a la iglesia en: \_\_\_\_\_  
(Nombre de iglesia/Ciudad)

Consiento en participar completamente en las actividades en que me he inscrito, obedeciendo todas las reglas de seguridad e instrucciones del personal del campamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del campista — EL CAMPISTA TIENE QUE FIRMAR ESTE FORMULARIO)

**Nombre de la madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ Relación al campista: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono | Casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Nombre del padre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ Relación al campista: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono | Casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Otro contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_ Relación al campista: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono | Casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Doy permiso a** \_\_\_\_\_ para asistir el campamento y participar en las actividades del campamento.  
(escriba el nombre y apellido del campista con letra de molde)

Personal del campamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(firma del padre o tutor legal--TIENE QUE FIRMAR ESTE FORMULARIO)

### INFORMACION DE PAGO (Solamente para los campamentos Lakeside y Conference.

El Campamento Horizon no acepta solicitudes para tarjeta de crédito enviadas por correo.)

Tipo/Nombre de tarjeta (marca con círculo): VISA | MasterCard Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de cuenta de crédito: \_\_\_\_\_

Titular de cuenta: \_\_\_\_\_ Firma Autorizada: \_\_\_\_\_

### ENVIE A

**LAKESIDE:** Camp Lakeside, 300 E. Scott Lake Dr., Scott City, KS 67871

**HORIZON:** Camp Horizon, 30811 Horizon Dr., Arkansas City, KS 67005

**CCYM y "LUGAR REMOTO"/OFFSITE:** Kansas West Conference, 9440 E. Boston Suite 110, Wichita, KS 67207