



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Para ser completado por el padre o tutor

NorthBay quiere que la experiencia del campamento sea segura y saludable. Sin embargo, en el caso de un accidente o enfermedad, es importante que tengamos la siguiente información, incluidos el historial médico, la información del seguro, el permiso para administrar medicamentos de venta libre seleccionados y las firmas de los padres con custodia.

NOMBRE DE ESCUELA: _____

FECHAS EN EL CAMPAMENTO: _____

Escribe toda la información y asegúrese de que otros puedan leerla.

INFORMACIÓN DEL CAMPISTA

Apellido:	Nombre de pila:	M.I.	Fecha de nacimiento:	Grado:
Nombre Preferido:				
Dirección de la calle de la casa:	Ciudad, Estado, Cremallera:	Etnicidad (Opcional)	Sexo (circule uno) Macho / Femenino	
Nombre del padre/tutor impreso:	Relación con el campista:	Dirección de correo electrónico:	¿Vendrás como acompañante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de casa:
Nombre del padre/tutor impreso:	Relación con el campista:	Dirección de correo electrónico:		Teléfono móvil:
Nombre del padre/tutor impreso:	Relación con el campista:	Dirección de correo electrónico:	¿Vendrás como acompañante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de casa:
Nombre del padre/tutor impreso:	Relación con el campista:	Dirección de correo electrónico:		Teléfono móvil:
Indique un contacto de emergencia Impreso: (amigo o pariente que puede/cuidará a su hijo si no puede ser contactado)			Relación con el campista:	Teléfono de casa:
				Teléfono móvil:
				Teléfono del trabajo:
Información del seguro médico:		<input type="checkbox"/> No asegurado		
Compañía:		Número de póliza:		

HISTORIA DE SALUD

Médico de Atención Primaria del Campista:	Número de teléfono de la oficina:
	Número de fax de la oficina:
Historial de salud (marque si corresponde y explique)	Alergias (marque sí corresponde y explique)
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes (se debe completar un formulario de pedido para diabéticos de NorthBay) <input type="checkbox"/> Condición cardíaca <input type="checkbox"/> Sangrado/trastorno de la coagulación <input type="checkbox"/> Tipo de convulsiones: <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> AÑADIR <input type="checkbox"/> Problemas psicológicos <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Manejo de la ira <input type="checkbox"/> Trastorno del estado de ánimo <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger <input type="checkbox"/> Enfermedad/lesión/enfermedad infecciosa reciente <input type="checkbox"/> Sonambulismo <input type="checkbox"/> Mojar la cama <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones recientes o cirugía mayor <input type="checkbox"/> Otros no listados <input type="checkbox"/> Fecha de la última vacuna contra el tétanos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos todos los días (se debe completar un formulario de medicamentos para todos los medicamentos que se toman durante el campamento)	<input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <input type="checkbox"/> Alimentos: _____ <input type="checkbox"/> Insectos: _____ <input type="checkbox"/> Reacción grave a la hiedra venenosa <input type="checkbox"/> Otro: Indique _____
	Dieta / Nutrición
	<input type="checkbox"/> Sigue una dieta regular <input type="checkbox"/> Sigue una dieta vegetarian <input type="checkbox"/> Tiene necesidades alimentarias especiales (describa a continuación)

¿Necesita el campista restringir su actividad física? No Sí – explicar _____

Proporcione cualquier información adicional que necesitemos saber para garantizar que la experiencia de campamento de su hijo sea positiva:



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE

En NorthBay, la salud, la seguridad y la supervisión son primordiales. El enfoque de la seguridad y la gestión de riesgos va acompañado de competencia, criterio y una programación sólida y decidida. La seguridad y el bienestar de los niños es preocupación de todos. Como política de NorthBay, requerimos que se firme un formulario de información de salud como requisito para asistir al campamento.

Declaro que soy el padre o tutor legal de _____ (el "campista") que desea asistir al campamento y participar en actividades patrocinadas por NorthBay, Education Inc. En consideración a que NorthBay permita que el campista asista al campamento y participe en las actividades, He accedido a ejecutar este Formulario de Información de Salud. Afirmando que la información proporcionada en este Formulario de Información de Salud es completa y precisa según mi leal saber y entender. También declaro que el Campista ha recibido todas las vacunas según lo requiere el Programa de Vacunación Infantil Recomendado por el DHMH de Maryland y que estos registros se han proporcionado al sistema escolar.

En caso de que no se me pueda localizar en una emergencia cuando mi hijo esté bajo la supervisión del campamento, por la presente autorizo al médico seleccionado por el director del campamento a hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y/o ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi niño. Si algo le sucediera a mi hijo, un médico seleccionado por el campamento puede tratarlo por cualquier lesión/enfermedad.

Entiendo que mi hijo participará en actividades de educación ambiental y al aire libre que incluyen, entre otras: curso de cuerdas, tirolesa, muro de escalada, kayak, canotaje, vadeo, pesca y caminatas.

AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE: en caso de que su hijo experimente molestias menores durante el campamento, nos gustaría tener la oportunidad de hacer que su hijo se sienta lo más cómodo posible. Por lo tanto, a continuación se incluye una lista de medicamentos de venta libre que puede administrar el personal de NorthBay con su autorización. Estos medicamentos están aprobados por el director médico de NorthBay utilizando las dosis recomendadas por los fabricantes. Este servicio se brinda para aliviar las molestias menores de su hijo y evitar que lo envíen a casa antes de tiempo del campamento. Los medicamentos aprobados a continuación están destinados solo para uso ocasional. Si su hijo requiere algún medicamento regularmente, debe tener un formulario de autorización de medicamentos completado por su proveedor de atención médica y suministrar los medicamentos. Doy mi consentimiento para la administración de los medicamentos de venta libre indicados a continuación a mi hijo mientras esté en NorthBay (marque todo lo que corresponda). Si NO se marcan, NO se le entregarán al campista.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofén (genérico para Tylenol) | <input type="checkbox"/> Crema antibiótica (para cortes/raspaduras menores) |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (genérico para Advil y Motrin) | <input type="checkbox"/> Loratadina (genérico de Claritin) |
| <input type="checkbox"/> Loción de calamina (para la picazón) | <input type="checkbox"/> Difenhidramina (genérico para Benadryl) |
| <input type="checkbox"/> Crema de hidrocortisona (para la picazón) | <input type="checkbox"/> Cetirizina (genérico para Zyrtec) |
| <input type="checkbox"/> No quiero que le den a mi hijo medicamentos de venta libre | |

RESPONSABILIDAD DEL PADRE/TUTOR

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE AQUÍ

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Personas autorizadas a recoger al niño que no sean el padre/tutor: _____

También entiendo y acepto cumplir con las restricciones impuestas a mis actividades de campamento como se indica arriba.

Firma del campista menor/adulto/personal: _____ Fecha: _____

(Si el campista está emancipado, se debe proporcionar prueba antes del campamento)

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE AQUÍ

CONSENTIMIENTO DE VIDEO/FOTO

Declaro que soy el padre o tutor legal de _____ ("Campamento") que desea asistir al campamento y participar en actividades patrocinadas por NorthBay Education, Inc. Doy permiso a NorthBay para usar, reproducir y/o distribuir fotografías, películas, cintas de video y grabaciones de sonido del Campista, sin derechos de pago o aprobación, para su uso en materiales creados únicamente para promocionar NorthBay.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

BAHÍA NORTFORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Este formulario DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD para que NorthBay administre los medicamentos requeridos. Enumere todos los medicamentos que se deben tomar durante el campamento en el siguiente formulario con toda la información requerida sobre cada uno. Se debe completar un nuevo Formulario de Autorización de Medicamentos cada vez que haya un cambio en la dosis o en el horario de administración de un medicamento. Si el estudiante trae más de 4 medicamentos, use otra copia de este formulario para los medicamentos restantes.

- Los medicamentos recetados DEBEN estar en un recipiente etiquetado por la farmacia o el médico con el nombre del estudiante, la dosis y la fecha de vencimiento. Se debe administrar en casa al menos una dosis del medicamento recetado antes de la llegada del estudiante al campamento.
 - o Según la regulación de Maryland, no se pueden administrar muestras de medicamentos al campista.
- Medicamentos sin receta: según la regulación de Maryland, todos los medicamentos sin receta que no se enumeran en el Formulario de consentimiento/renuncia de responsabilidad de NorthBay se deben enumerar a continuación, seguidos de la firma de un médico. Esto incluye vitaminas, medicamentos homeopáticos y a base de hierbas y medicamentos para la tos y el resfriado. Todos los medicamentos sin receta DEBEN estar en el envase original del fabricante etiquetado con las instrucciones de dosificación y la fecha de vencimiento.

Nombre del medicamento:	Fortaleza	Dosis (por dosis)	Ruta:	Razón por la que se administra el medicamento:
Hora/frecuencia de administración: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____				
Si PRN: cada _____ horas para que síntomas:				
Efectos secundarios relevantes: <input type="checkbox"/> ninguno esperado <input type="checkbox"/> Especificar				
Nombre del medicamento:	Fortaleza	Dosis (por dosis)	Ruta:	Razón por la que se administra el medicamento:
Hora/frecuencia de administración: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____				
Si PRN: cada _____ horas para que síntomas:				
Efectos secundarios relevantes: <input type="checkbox"/> ninguno esperado <input type="checkbox"/> Especificar				
Nombre del medicamento:	Fortaleza	Dosis (por dosis)	Ruta:	Razón por la que se administra el medicamento:
Hora/frecuencia de administración: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____				
Si PRN: cada _____ horas para que síntomas:				
Efectos secundarios relevantes: <input type="checkbox"/> ninguno esperado <input type="checkbox"/> Especificar				
Nombre del medicamento:	Fortaleza	Dosis (por dosis)	Ruta:	Razón por la que se administra el medicamento:
Hora/frecuencia de administración: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro _____				
Si PRN: cada _____ horas para que síntomas:				
Efectos secundarios relevantes: <input type="checkbox"/> ninguno esperado <input type="checkbox"/> Especificar				

Nombre de la escuela/grupo: _____ fechas en el campamento: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR



FIRMA DEL PRESCRIPTOR: _____ Fecha: _____

Prescriptores Nombre impreso/Título: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Solicito que el personal designado del campamento administre el medicamento anterior según lo prescrito por el prescriptor anterior. Certifico que tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para el tratamiento médico del estudiante mencionado anteriormente, incluida la administración de medicamentos mientras se encuentra en el campamento. Autorizo al personal médico del campamento a comunicarse con el proveedor de atención médica según lo permitan las leyes estatales y federales.



FIRMA DEL PADRE / TUTOR: Fecha: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Firma del Campamento RN: _____ Fecha: _____