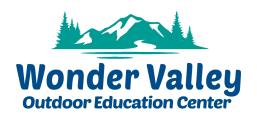


Formulario de Examen de Salud

NOTA A LOS PADRES: NO SE ACEPTARÁN ESTUDIANTES MENORES DE 18 AÑOS SIN UN FORMULARIO DE SALUD COMPLETADO. ESTO ES POR TU PROTECCIÓN. POR FAVOR NOTIFIQUE AL CAMPAMENTO SI ESTE NIÑO ESTÁ EXPUESTO A CUALQUIER ENFERMEDAD TRANSMISIBLE DURANTE LAS TRES SEMANAS ANTERIORES A LA ASISTENCIA AL CAMPAMENTO.

Información del estudiante

información del estadiante.		
Apellido:	ellido: Nombre:	
Edad: Fecha de nacimiento:	_// Nombre de la escuela:	
Padre/Guardián #1 Nombre y apellido:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Número de teléfono: ()	Dirección:	
Ciudad: Estado:	Código postal:	
Padre/Guardián #2 Nombre y Apellido:		
Número de teléfono: ()	Dirección:	
Ciudad:Estado:	Código postal:	
Contacto de Emergencia que no es Gu	uardian:	
1. Nombre:	Relación:	
Dirección:	N.° de teléfono: ()	
2. Nombre:	Relación:	
Dirección:	N.° de teléfono: ()	
	N.º de teléfono: ()	
Direction de Seguro:		
Nombre del titular de la póliza:		
Fecha de nacimiento del titular de la póliz	za: <i>ll</i>	
Relación con el estudiante:		
	N.º de póliza:	
N.º de arupo.	√o de RX ·	



Formulario de Examen de Salud

Profesionales Médicos:

Doctor:				
Dentista:				
Ortodoncista:		Salud Mental:		
¿Permiso para contactar a los proveedores? Si No				
Orejas con abscesoAnteojos/lentes de contactoLesión a la CabezaSarampión alemánPaperasProblemas de espalda -ADD/ADHDH1N1TOCAsmaPie de atleta	Mojar la cama Condición cardíacaPánico/Ansiedad - Coagulación/AnemiaHepatitis AHepatitis BHepatitis CPoliomielitisFiebre reumáticaConvulsionesBronquitis	Dolores en el pecho/MareosPresión arterial altaHiedra/roble venenosoVaricelaVIHFalta de alientoEstreñimientoSinusitisDepresiónEhlers DanlosDiabetes	Problemas de PielTos ferinaPiojosTrastorno alimentarioTuberculosisSarampiónMono (Últimos 12 meses)	
Necesidades Dietéticas				
Intolerancia a Alergia a la pr Vegetariano - Vegano	la lactosa oteína de la leche c/Lácteos ueces de árbol sí s nueces nariscos amo gluten elíaca	alergia no se menciona aquí:		



Formulario de Examen de Salud

Yo declaro que todas las vacunas requeridas por la esquela de mi hijo están al día: Sí No				
Operaciones o Lesiones	Reacciones alérgicas-			
graves:Penicilina: Otro:anterior o información adicional:				
Cualquier medicamento que su hijo deba tomar durante el campamento:				
Complete el Formulario de medicamentos adjunto para CADA medicamento que su tiempo aqui en el campamento. Cualquier actividad específica o medicamento que se restringirá:	e su hijo tomará durante			
	5)			
Acetaminofén (Tylenol)Antidiarreico (Maalox)Subsalicilato de bi	smuto (Pepto)			
Loción de calaminaTé de manzanillaPastillas para la to	os			
Ibuprofeno (Advil) Tolnaftato (Tinactin) Guaifenesina (Mu	cinex)			
Difenhidramina (Benadryl)Maleato de clorfeniramina- (Robitussin Cough Clorhidrato de pseudoefedrina- (Advil Cold & Sinus Products)	and Allergy Syrup)			
EN CASO DE EMERGENCIA: YO DOY MI AUTORIZACIÓN AL MÉDICO SELI	ECCIONADO POR			
WESTERN CAMPS, INC. PARA HOSPITALIZAR, ASEGURAR EL TRATAMIEN				
SOLICITAR INYECCIONES, ANESTESIA O CIRUGÍA PARA MI HIJO, COMO S	SE MENCIONA			
ANTERIORMENTE.				
FIRMA:				
FECHA:				



Formulario de Medicamento

Nombre del estudiante:				
Todos los medicamentos (incluidos todos los medicamentos de venta libre, como vitaminas, Tylenol, Advil, etc.) deben estar claramente rotulados con el nombre del estudiante, nombre de medicamento e instrucciones. El personal de enfermería no dará medicamentos que no estén debidamente etiquetados.				
Nombre del medicamento: Razón para tomar (diagnóstico): Dosis:				
Se debe tomar el medicamento Solo cuando sea necesario Diariamente Otro:	Responda también las siguientes preguntas: ¿Cuándo se debe tomar la primera dosis aquí en el campamento?			
Con qué frecuencia: Desayuno (8:30-9 a. m.) Almuerzo (11:30 al mediodía) Cena (5:30-6pm) Antes de acostarse (8:30 pm-9:15 pm) Otros horarios: Administración: Oral Tópico	¿Se puede cambiar la hora del medicamento para acomodar el horario del estudiante? (es decir, de 10:00 a. m. al almuerzo) Sí No ¿Es la etiqueta en RX la misma instrucciones que en este formulario? Sí No, ¿por qué?			
Inhalador Inyectable Gotas para los ojos Gotas para los oídos	¿Se deben tomar medicamentos durante la estadía del estudiante? Sí No			

Este formulario debe completarse para cada medicamento que traiga con su hijo.