



## 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:

Apellido: \_\_\_\_\_ 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 Guardian:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

SSN e identificación del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de RX : \_\_\_\_\_

## Formulario de Examen de Salud

### Profesionales Médicos:

Doctor: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Ortodoncista: \_\_\_\_\_ Salud Mental: \_\_\_\_\_

¿Permiso para contactar a los proveedores? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Orijas con absceso <input type="checkbox"/> Anteojos/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Lesión a la Cabeza <input type="checkbox"/> Sarampión alemán <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Problemas de espalda -ADD/ADHD - <input type="checkbox"/> H1N1 <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pie de atleta	<input type="checkbox"/> Mojar la cama Condición cardíaca <input type="checkbox"/> Pánico/Ansiedad - Coagulación/Anemia- <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Poliomielitis <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Dolores en el pecho/Mareos <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Hiedra/roble venenoso <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ehlers Danlos <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de Piel <input type="checkbox"/> Tos ferina <input type="checkbox"/> Piojos <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Mono (Últimos 12 meses)
--	--	--	---

## Necesidades Dietéticas

Por favor sea lo más específico posible si la alergia no se menciona aquí:

- Intolerancia a la lactosa
- Alergia a la proteína de la leche
- Vegetariano - c/Lácteos
- Vegano
- Alergia a las nueces de árbol
- Alergia al maní
- Alergia a otras nueces \_\_\_\_\_
- Alergia a los mariscos
- Alergia al sésamo
- Intolerancia al gluten
- Enfermedad celíaca
- Otro: \_\_\_\_\_

## Formulario de Examen de Salud

Yo declaro que todas las vacunas requeridas por la escuela de mi hijo están al día: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Operaciones o Lesiones

graves: \_\_\_\_\_ Reacciones alérgicas-

Picaduras de abeja: \_\_\_\_\_ Penicilina: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ Detalles de lo 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 hijo tomará durante su tiempo aquí en el campamento.

Cualquier actividad específica o medicamento que se restringirá:

\_\_\_\_\_  
Medicamentos : (Especifique Si o No para todos los medicamentos enumerados)

\_\_\_ Acetaminofén (Tylenol) \_\_\_ Antidiarreico (Maalox) \_\_\_ Subsalicilato de bismuto (Pepto)

\_\_\_ Loción de calamina \_\_\_ Té de manzanilla \_\_\_ Pastillas para la tos

\_\_\_ Ibuprofeno (Advil) \_\_\_ Tolnaftato (Tinactin) \_\_\_ Guaifenesina (Mucinex)

\_\_\_ Difenhidramina (Benadryl) \_\_\_ Maleato de clorfeniramina- (Robitussin Cough and Allergy Syrup)

\_\_\_ Clorhidrato de pseudoefedrina- (Advil Cold & Sinus Products)

EN CASO DE EMERGENCIA: YO DOY MI AUTORIZACIÓN AL MÉDICO SELECCIONADO POR WESTERN CAMPS, INC. PARA HOSPITALIZAR, ASEGURAR EL TRATAMIENTO APROPIADO Y SOLICITAR INYECCIONES, ANESTESIA O CIRUGÍA PARA MI HIJO, COMO 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 del 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: \_\_\_\_\_

**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

Inhalador

Inyectable

Gotas para los ojos

Gotas para los oídos

Otro: \_\_\_\_\_

**Responda también las siguientes preguntas:**

¿Cuándo se debe tomar la primera dosis aquí en el campamento?  
\_\_\_\_\_

¿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?  
\_\_\_\_\_

¿Se deben tomar medicamentos durante la estadía del estudiante?  Sí  No

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