



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 PROTECCIÓN. POR FAVOR NOTIFIQUE AL CAMPAMENTO SI SU NIÑO/A HA ESTADO EXPUESTO A CUALQUIER ENFERMEDAD TRANSMISIBLE DURANTE LAS ÚLTIMAS TRES SEMANAS ANTERIORES A SU ASISTENCIA AL CAMPAMENTO.

Información del estudiante:

Apellido: _____ Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nombre de la escuela: _____

Padres/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:

Padres/Guardián: Nuestro programa tiene los siguientes medicamentos disponible para ser administrados por nuestra enfermera titulada en caso de que su hijo/a se sienta mal o visite el centro de salud. Cualquier caja que usted marque a continuación indicará que **no** desea que su hijo reciba ese medicamento en específico. Si una caja está marcada, **no** podremos administrar ese medicamento a su hijo durante el campamento. Para asegurar que su hijo reciba la atención necesaria, por favor no marque las casillas de los medicamentos que sí permite que reciba.

<input type="checkbox"/> Acetaminofén (Tylenol)	<input type="checkbox"/> Antidiarreico (Maalox)	<input type="checkbox"/> Subsalicilato de bismuto (Pepto)
<input type="checkbox"/> Loción de calamina	<input type="checkbox"/> Té de manzanilla	<input type="checkbox"/> Pastillas para la tos
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil)	<input type="checkbox"/> Tolnaftato (Tinactin)	<input type="checkbox"/> Guaifenesina (Mucinex)
<input type="checkbox"/> Difenhidramina (Benadryl)	<input type="checkbox"/> Maleato de clorfeniramina- (Robitussin Cough and Allergy Syrup)	
<input type="checkbox"/> Clorhidrato de pseudoefedrina- (Advil Cold & Sinus Products)		

¿Su hijo(a) traerá algún medicamento al campamento? Sí No

Por favor, llenen el Formulario de Medicamentos para **CADA** uno de los medicamentos que su hijo(a) traerá al campamento.

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: _____

Toda la información que se pide a continuación es necesaria para poder manejar de manera segura y correcta los medicamentos de su hijo.

Nombre del medicamento: _____

Razón para tomar (diagnóstico): _____

Dosis: _____

Se debe tomar el medicamento

Solo cuando sea necesario

Diariamente

Otro: _____

Cada Cuanto?:

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

Inyección

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 deben tomar medicamentos durante la estadía del estudiante? Sí No, porque?

Yo, el padre/guardián, confirmo que la información en la etiqueta de la receta coincide con las instrucciones que puse en este formulario.

Inicial aquí. _____

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