

Formulario Medico

Notificación Y Exención

Al firmar el presente formulario, yo comprendo que Pfeifer Camp no es un campamento médico o un centro médico, y el personal del campamento no está capacitado para proveer atención a condiciones médicas graves, incluyendo emergencias respiratorias. Entiendo que el campamento no recomienda el programa para individuos con condiciones o una historia médica de problemas respiratorios, especialmente los que han tenido algún episodio dentro el año pasado o el presente año. Además entiendo que dichas dificultades respiratorias no son ni serán cubiertas por la póliza de seguro accidental del campamento, dicho seguro puede ser adquirido por los padres de familia. Las condiciones respiratorias se consideran condiciones preexistentes y por lo tanto, no son incluidas dentro de la cobertura proporcionada por la agencia de seguro del campo. Entiendo y estoy de acuerdo con que soy responsable por cualquier y cada gasto médico que pueda resultar como consecuencia de que mi hijo(a) sea participe de los programas de Pfeifer Camp.

Entiendo que soy responsable de que mi hijo(a) sea llevado desde el campamento hasta el centro donde recibirá atención medica inmediatamente si el incidente se presente, sin la limitación, dificultades respiratorias, tos, sibilancias, opresión en el pecho, quejas de dificultades respiratorias. Entiendo que el campo tiene esas políticas por el bien estar de mi hijo(a).

Entiendo y asumo la responsabilidad de que mi hijo(a) sea participe en las actividades recreacionales de interior y al aire libre del campo y será expuesto a los riesgos inherentes a dichas actividades y al ambiente.

En consideración de mi niño que participa en las actividades del Pfeifer Camp, por este medio libero y acepto mantener indemne el Camp Pfeifer, Kiwanis Activities. Inc. y los empleados de Camp Pfeifer de cualquier y toda queja o reclamo, causas de acción o daños que yo, mi hijo, o el (la) menor a mi cargo, puedan tener ahora o en el futuro, conocidos o desconocidos, como resultado de o en relación con la asistencia y participación de mi hijo en las actividades del Camp Pfeifer.

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con todas las condiciones de esa notificación y exención y voluntariamente me sujeto a ello con pleno conocimiento de su significado.

Nombre de Padres o Encargado

Nombre del Hijo(a)

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Historia de Salud y Forma de Examinación Medica para el campo de Pfeifer Kiwanis

Esta página debe ser completado por el padre de familia/ guardián de menores de edad o por los campistas mayor de edad o empleado del campamento

Envíe el formulario a... **Pfeifer Kiwanis Camp, 5512 Ferndale Cutoff, Little Rock, AR 72223**

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____ Edad _____

Correo electrónico del padre de familia: _____ correo electrónico del campista: _____

Con quién vive esta persona: _____ Parentesco al campista: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Trabajo _____ Teléfono Del Trabajo _____ Teléfono móvil /Pager _____

Segundo Contacto de Emergencia _____ Relación al campista _____

Dirección _____ Teléfono _____ Teléfono móvil /Pager _____

Tercer Contacto De la Emergencia _____ Relación al campista _____

Dirección _____ Teléfono _____ Teléfono móvil /Paginador _____

Nombre del dentista /ortodontista _____ Teléfono _____

Nombre del médico familiar _____ Teléfono _____

Por favor Incluya una copia del record de inmunización del aspirante.

Estado Del Seguro (por favor por favor marque la casilla correspondiente):

Medicaid

AR Kids First

Privado

Ningún Seguro

Nombre del portador o del plan _____ Grupo # _____

Dirección del portador _____ Medicaid # _____

Nombre de asegurados _____ Relación al campista _____

Número de la Seguridad Social del número de la identificación del sostenedor o del seguro de política y _____

_____ Efectivo desde la fecha: _____

Importante - Estas cajas deben estar completos para la asistencia *

Autorización del Padre de familia /Guardián: Este historial de salud es correcta y completa, incluyendo las vacunas y fecha de la última vacuna contra el tétano. La persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, excepto como se indica.

Autorizo al campamento para proporcionar atención médica de rutina y administrar prescritos y / o medicamento sin receta aprobados por el médico del campamento y / o padre / tutor. También autorizo campamento para buscar tratamiento médico de emergencia incluyendo ordenar radiografías o pruebas de rutina. Estoy de acuerdo con la liberación de todos los documentos necesarios a efectos del seguro. Autorizo permiso al campamento para organizar el transporte necesario para mí / mi hijo.

En el caso de que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, autorizo al médico seleccionado por el campamento para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, para la persona nombrada arriba. Este formulario puede ser fotocopiado para viajes fuera del campamento.

Firma del padre / tutor o adulto campista / empleado _____

Nombre _____ Fecha _____

También entiendo y estoy de acuerdo en cumplir todas las restricciones impuestas a mi participación en las actividades al campamento.

Firma del campista menor o adulto / empleado _____ Fecha _____

*Si por razones religiosas no puedes firmar esto, póngase en contacto con el campamento para una exención legal que debe ser firmado por la asistencia. Adaptada de la Asociación Americana de Camping, Inc.

Preguntas generales (esta página que se completará por el padre /el guarda de menores de edad o por los miembros del personal del adulto.)

Tiene /hace el participante:		Si	No			Si	No
1.	¿Tenía cualquier lesión reciente, enfermedad, o enfermedad infecciosa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	¿Tiene un aparato de ortodoncia en el campamento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene una enfermedad o una condición crónica o que se repite?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	¿Tiene problemas de la piel (por ejemplo, picazón, erupciones y acné)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Ha sido hospitalizado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	¿Tiene diabetes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Ha tenido una cirugía?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	¿Tiene asma?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	¿Tiene problemas con diarrea/estreñimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Ha tenido una lesión en la cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	¿Tiene problemas con sonambulismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Ha sido golpeado hasta quedar inconsciente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	¿Si es una niña/adolescente, tiene una historia menstrual anormal?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Use gafas, contactos o gafas de protección?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	¿Tiene una historia de mojar la cama?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Tiene convulsiones?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	¿Tenía siempre un desorden el comer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Ha sido diagnosticado con un soplo cardíaco?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	¿Tiene dificultades emocionales para los que se solicitó ayuda profesional?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Tiene problemas con la espalda?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	¿Tiene una restricción dietética?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Tiene problemas con las articulaciones (las rodillas, los tobillos, etc.)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Por favor, explique las respuestas "sí", señalando el número de las preguntas y/o tratamiento médico pasado.

Alergias (lista de cualquier alergia a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, polen, etc.)

¿Cómo controla la reacción alérgica se ha descrito anteriormente (es decir epipen, Benadryl)?

Describe cualquier restricción de comida en el campamento.

Describe actividades del campamento de la que el campista debe quedar exentos por razones de salud.

Describir las condiciones físicas, mentales o psicológicas actuales que requieran medicamentos, tratamiento o restricciones o consideraciones especiales durante el campamento.

MEDICACIONES QUE SON TOMADAS

Por favor enumere todos los medicamentos (incluyendo más de venta libre o medicamentos de venta libre) tomadas de forma rutinaria. Lleve suficiente medicamento para durar todo el tiempo en el campamento. Guárdelo en la botella envase original que identifica el médico prescriptor (si un medicamento con receta), el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración.

<input type="checkbox"/> Esta persona no toma medicamentos en forma regular.
<input type="checkbox"/> Esta persona toma la medicación como sigue: Medicación #1 _____ Dosificación _____ Momentos específico tomados cada día _____ Razón de medicación _____ Medicación #2 _____ Dosificación _____ Momentos específico tomados cada día _____ Razón de tomar _____ Una las páginas adicionales para más medicaciones. Identificar los medicamentos que se toman durante el año escolar que hace participante / puede no tomar durante el verano: _____

Forma de Examinación Media para el campo de Pfeifer Kiwanis

Esta página se debe terminar por un médico licenciado o de la enfermera.

Vuelva llenada el formulario... Pfeifer Kiwanis Camp, 5512 Ferndale Cutoff, Little Rock, AR 72223

Sobre El Campo Joseph Pfeifer Kiwanis: Los programas en Pfeifer campamento son muy activos y extenuante y requieren que los campistas tengan buena salud física. Los niños con asma que han tenido un "ataque" en el último año o el año presente no se recomiendan para nuestro programa en relación con las siguientes condiciones ambientales: chimenea de humo en cabinas y salón de clases, polvo excesivo, días y noches de lluvia, y el polen de la primavera. El campamento se encuentra a 15 minutos de distancia del centro médico más cercano, y los campistas pueden estar de 15 minutos de la enfermería del campo en cualquier momento. Campistas residenciales deben tener un examen físico completo en el archivo. Los exámenes físicos son válidos por un año. Si necesita información más específica sobre los programas Pfeifer Camp, por favor llame al 821- 3714.

Nombre de Solicitante _____

PRESION SANGUINEA _____ ALTURA _____ PESO _____ PULSO _____ RESPIRACION _____ TEMP _____

El solicitante se encuentra bajo el cuidado de un médico para la siguiente condición (s): _____

Explicación de cualquier reportó pérdida de conciencia, convulsiones, o contusión: _____

Tiene el solicitante:	epilepsia	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	diabetes?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	pediculosis?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	soplo cardiaco?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	asma?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	tinea lesions?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	sarna?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			

Recomendaciones y restricciones, mientras que en el Campamento:

Tratamiento para continuar en el campamento: _____

Medicamento para seguir administrando en el campamento (dosis específicas): _____

Comida recitadas por un médico o restricciones en la dieta: _____

Alergias (comida, droga, plantas, insectos, etc.) Por favor, describa la reacción y la gestión de la reacción: _____

En mi opinión, el solicitante nombrado arriba está libre de enfermedades transmisibles y clara de cualquier condición que impida su/su participación en un activo programa de campamento.

FIRMA DEL MEDICO LICENCIAO _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Examinación _____ *Por _____

ESTA FORMA DEBER SER FIRMAR POR UN MÉDICO LICENCIADO O ENFERMERA EN PRÁCTICAS.

* Ponga los iniciales aquí si la forma fue completada por la enfermera o el asistente del médico.