UNC NORTH CAROLINA JAYCEE BURN CENTER

CAMP CELEBRATE 2014!

Estimados consejeros en entrenamiento (CIT, por sus siglas en inglés) y padres:

¡Llegó la hora de nuevo para Camp Celebrate y estamos muy entusiasmados! Encontrará el paquete de inscripción adjunto a esta carta. Son muchas páginas, así que asegúrese de imprimirlas todas. Preste especial atención a cada página, ya que cada campista debe tener todo completo para poder asistir al campamento, ¡y queremos que todos vengan!

Páginas 2 y 3	Inscripción Campistas/CIT	Para que complete el padre/madre/tutor de parte del campista/CIT	Asegúrese de completar la sección en azul respecto al día de campo familiar el domingo
Páginas 4 a 6	Formulario médico Campistas/CIT	Para que complete el padre/madre/tutor de parte del campista/CIT	Esta parte debe estar completa para que el campista pueda asistir al campamento.
*Página 6	Campistas/CIT	*Para que complete el proveedor de cuidados de salud	Esta sección se encuentra al final de la página 6 y la debe completar un proveedor de cuidados de salud. No se demore en hacerla completar.
Página 7	Campistas/CIT	Para que complete el personal del campamento	Se completará al momento del ingreso. Envíelo junto al paquete.
Páginas 8 y 9	Solamente los CIT	Para que completen los CIT	Complete todas las secciones. Considere cada pregunta.
Página 10	Campistas/CIT	Para que firmen el campista/CIT y padre/madre/tutor	Hable con su hijo/campista sobre esta página.
Páginas 11 y 12	Campistas/CIT	Para que firme el padre/madre/tutor	Las fotos e información respecto al campista se usan en el sitio web del *Burn Center*, para los medios de comunicación respecto al campamento y para las presentaciones profesionales. El *Burn Center* es muy protector en cuanto a sus pacientes y su información médica personal. Si tiene alguna inquietud respecto a la entrega de esta información, por favor comuníquese con nuestro personal.
Página 13	Campistas/CIT	Para que firme el campista/CIT y padre/madre/tutor	Los departamentos de bomberos individuales son responsables de los campistas que llevarán a acampar en los camiones de bomberos . Habrá por lo menos 2 campistas en cada camión de bomberos.
Página 14	Campistas/CIT Edades 12-18	Para que firme el campista y padre/madre/tutor	Firme aunque su hijo diga que no está interesado en participar. Parte del objetivo de Camp Celebrate es animar a los campistas a enfrentar sus miedos. Sin embargo, sepa que no obligamos a nadie a participar en esta actividad.

***Por favor complete el paquete de inscripción entero y envíelo antes del **2 de mayo de 2014** ***

Complete los formularios y envíelos por correo a:
Camp Celebrate
North Carolina Jaycee Burn Center
101 Manning Drive, Campus Box 7600
Chapel Hill, NC 27599-7600

O

por fax a:
919-843-9409

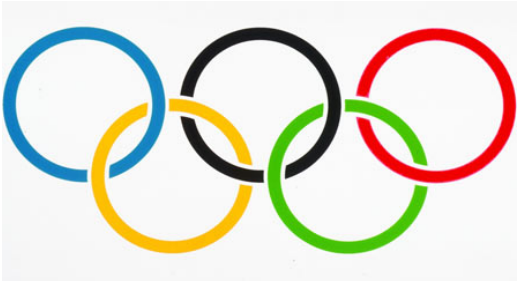
Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Michele Barr, directora del campamento al 919-966-8539 o a mbarr@unch.unc.edu

¡Esperamos poder verlo en el campamento!

El equipo de Burn Aftercare

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

UNC
NORTH CAROLINA
JAYCEE BURN CENTER



CAMP CELEBRATE 2014!

16 al 18 de mayo

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LOS CAMPISTAS/CIT

Nombre completo del campista/CIT: _____ Cómo le llaman: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Edad: ☐ Hombre ☐ Mujer

Dirección: _____
Calle Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Relación: _____

Domicilio del padre/madre/tutor: _____
(En caso que sea diferente a la del campista) Calle Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono: hogar ( )_____ trabajo ( )_____ celular ( )_____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (Otro que no sea padre/madre/tutor): Nombre: _____

Teléfono ( ) _____ Número de teléfono alterno: ( ) _____

Relación con el campista: _____

Transporte:

¿Quién trae al campista/CIT para registrarse?

Nombre: _____ Teléfono: ( ) _____ Relación: _____

¿Quién pasará a recoger al campista/CIT al final del campamento?

Nombre: _____ Teléfono: ( ) _____ Relación: _____

¿Hay alguna otra persona autorizada para pasar a recoger al campista/CIT al campamento? ☐ Yes ☐ No
De ser así, ¿quién?

Nombre: _____ Teléfono: ( ) _____ Relación: _____

*****MENSAJE IMPORTANTE*****

No queremos que ningún campista/CIT se pierda de venir a Camp Celebrate por falta de transporte. No proveemos transporte al campamento, pero lo podemos poner en contacto con otros padres de la zona si necesita ayuda con el transporte. Si tiene preguntas o si desea hablar de las necesidades de transporte, comuníquese con la oficina de Aftercare al 919-966-8539.

Para poder asegurarse de que su hijo se sienta respetado y que aproveche al máximo la experiencia en el campamento, ayúdenos a conocerlo mejor.

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

¿Qué idioma(s) habla el campista/CIT? _____

¿Es esta la primera vez que el campista/CIT está lejos de casa? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez el campista/CIT pasó la noche en un campamento? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez el campista/CIT asistió a Camp Celebrate? ☐ Sí ☐ No

De ser así, ¿en qué años? _____

Escuela a la que asiste el campista/CIT: _____ Lugar: _____

¿Sabe nadar el campista/CIT? ☐ No sabe nadar ☐No nada bien ☐ Nada un poco ☐ Nada bien ☐ Nada muy bien

Díganos cualquier cosa que considere importante que sepamos acerca del campista/CIT mientras esté en el campamento.

_____

_____

_____

Ciudad y periódico local: _____ _____
Periódico Ciudad

Talla de la camiseta del campista/CIT:

☐Pequeño para jóvenes ☐Mediano para jóvenes ☐Grande para jóvenes

☐Pequeño para adultos ☐Mediano para adultos ☐Grande para adultos ☐Extra grande para adultos

Otra talla: _____

*****Picnic familiar del domingo*****

Cada familia de los campistas/CIT está invitada al almuerzo del domingo, el último día en Camp Celebrate. Es importante que sepamos exactamente cuánta gente asistirá (sin incluir al campista/CIT).

Nuestra familia planea almorzar en Camp Celebrate el domingo 18 de mayo ☐ Sí ☐No

Número de adultos que asistirán: _____

Número de niños mayores de 6 años que asistirán (SIN incluir al campista): _____

Número de niños menores de 6 años que asistirán: _____

UNC NORTH CAROLINA JAYCEE BURN CENTER

Nombre del campista/CIT: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
mes / día / año

Edad al llegar al campamento: _____

FORMULARIO MÉDICO

Es **obligatorio** que todos los campistas/CIT's completen el formulario médico.

Domicilio del campista/CIT: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Padre/madre o tutor con custodia legal a quien contactar en caso de enfermedad o lesión:

Nombre: _____ Relación con el campista: _____

Dirección de la casa: _____ Teléfono ( ) _____
Calle Ciudad Estado/Código Postal

Números telefónicos que prefiere: Celular ( ) _____ Trabajo ( ) _____

Otro ( ) _____ Correo electrónico: _____

Segundo padre/madre o tutor, u otro contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el campista: _____

Dirección de la casa: _____ Teléfono ( ) _____
Calle Ciudad Estado/Código Postal

Números telefónicos que prefiere: Celular ( ) _____ Trabajo ( ) _____

Otro ( ) _____ Correo electrónico: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono ( ) _____

Dentista/ortodoncista familiar: _____ Teléfono ( ) _____

¿Está el campista/CIT cubierto por el seguro médico de la familia? ☐ Sí ☐ No

Compañía de seguro: _____ Titular de la póliza: _____ Póliza N.º _____

Por favor indique cualquier información pertinente o solicitudes que tenga respecto a las afecciones médicas que puedan limitar o alterar la participación en el campamento.

Restricciones en las actividades:

Restricciones en la dieta:

Tratamientos médicos:

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA:
Por medio de la presente, autorizo al personal médico de Camp Celebrate a ordenar radiografías, exámenes y tratamientos de rutina para mi hijo. Si no se puedan comunicar conmigo en caso de una emergencia, autorizo al personal médico a internar y garantizar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugías para mi hijo nombrado anteriormente. Entiendo y acepto que UNC Hospitals y Camp Celebrate pueden usar la información médica personal (*PHI*, por sus siglas en inglés) para propósitos de tratamiento, pagos y transacciones de la organización. Por medio de la presente, autorizo que se dé a conocer la información médica personal necesaria a las compañías de seguro, centros de tratamientos médicos y otros profesionales. Esto incluye la información médica personal de las farmacias, los hospitales y las clínicas.

Firma de uno de los padres/tutores o del campista adulto o de un miembro del personal:_____ Fecha:_____

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

Nombre del campista: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

ANTECEDENTES MÉDICOS (Para que complete el padre/madre/tutor)

ALERGIAS: ¿Su hijo sufre de alguna alergia a medicamentos, alimentos o al ambiente? ☐ Sí ☐ No
(medicamentos, maní, hiedra venenosa, picaduras de abejas, etc.)
De ser así, nombre la alergia y la reacción:

VACUNAS: ¿Recibió todas las vacunas antes de ingresar a la escuela? ☐ Sí ☐ No
Mes/Año de la última inmunización (DPT, DT, T) _____ _____
Mes Año

Antecedentes médicos generales: Marque «sí» o «no» para cada afirmación. Explique a continuación las respuestas a las que contestó «sí».

¿El campista tiene o ha tenido...	SÍ	NO	¿El campista tiene o ha tenido...	SÍ	NO
1. una enfermedad recurrente o crónica?	☐	☐	15. desmayos o mareos?	☐	☐
2. una enfermedad que duró más de una semana?	☐	☐	16. conmoción cerebral/inconciencia?	☐	☐
3. alguna hospitalización?	☐	☐	17. insolación/agotamiento/problema con el calor?	☐	☐
4. alguna cirugía?	☐	☐	18. sonambulismo?	☐	☐
5. enfermedades infecciosas recientes?	☐	☐	19. sangrado por la nariz?	☐	☐
6. heridas recientes?	☐	☐	20. frecuentes infecciones en los oídos?	☐	☐
7. asma/sibilancias/falta de aliento?	☐	☐	21. intolerancia al ejercicio extenuante?	☐	☐
8. diabetes?	☐	☐	22. problemas emocionales?	☐	☐
9. episodios epilépticos?	☐	☐	23. problemas de la conducta?	☐	☐
10. migraña/dolores de cabeza frecuentes?	☐	☐	24. incontinencia nocturna?	☐	☐
11. anormalidades/traumatismo ortopédico?	☐	☐	25. trastorno de déficit de atención e hiperactividad?	☐	☐
12. problemas del corazón/presión arterial?	☐	☐	26. usa anteojos/lentes de contacto?	☐	☐
13. dolor en el pecho al ejercitarse?	☐	☐	27. usa aparatos de ortodoncia?	☐	☐
14. En caso de ser mujer, problemas con la menstruación?	☐	☐	28. ¿Tuvo un evento significativo que continúa afectando la vida del campista?	☐	☐

Explique todas las respuestas afirmativas:

Fecha de la quemadura: ____/_____ Edad al momento de la quemadura: _____ % del cuerpo quemado: _____
mes / año

¿Dónde recibió el campista/CIT el tratamiento para las quemaduras?
☐ UNC North Carolina Jaycee Burn Center ☐ Wake Forest University Baptist Medical Center
☐ Otro _____

¿El campista/CIT actualmente usa prendas de compresión? ☐ Sí ☐ No
De ser así, envíelas al campamento y resuma las instrucciones de uso aquí:

¿El campista/CIT usa cremas o lociones para la piel? ☐ Sí ☐ No
De ser así, envíelas al campamento con su hijo y señale el tipo, el sitio y la frecuencia de las aplicaciones:

¿El campista/CIT usa tablillas, prótesis o aparatos ortopédicos? ☐ Sí ☐ No
De ser así, envíelos al campamento con su hijo y resuma el tipo y cuándo usarlos:

¿El campista/CIT tiene alguna necesidad de atención a una herida o de terapia además de las cremas/lociones/protectores solares? ☐ Sí ☐ No
De ser así, envíe con su hijo los suministros para atender la herida y resuma aquí las instrucciones:

Nombre del campista: ____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

ANTECEDENTES MÉDICOS *continuación*

Medicamentos: ☐ **Este campista/CIT no tomará ningún medicamento a diario mientras se encuentre en el campamento.**

☐ **Este campista/CIT tomará los siguientes medicamentos diarios mientras se encuentre en el campamento.**

****Para que su niño aproveche el campamento al máximo, por favor envíelo con los medicamentos, ESPECIALMENTE CON LOS MEDICAMENTOS PARA EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. Todos los medicamentos se deben listar a continuación (use el dorso del formulario si necesita más espacio) y los padres/tutores deben proveerlos en un envase correctamente rotulado por el farmacéutico con información que identifique al niño (por ejemplo el nombre del niño, medicamento despachado, dosis requerida, horario y forma de administrarlo). Provea suficiente medicamento de cada uno para el fin de semana completo.**

Nombre del medicamento	Motivo de la administración	Cuándo se administra	Cantidad de la dosis	Cómo se administra
		☐Desayuno ☐Almuerzo ☐Cena ☐Antes de ir a dormir ☐Otro momento: ________		
		☐Desayuno ☐Almuerzo ☐Cena ☐Antes de ir a dormir ☐Otro momento: ________		
		☐Desayuno ☐Almuerzo ☐Cena ☐Antes de ir a dormir ☐Otro momento: ________		

Autorización de los padres

Por la presente, autorizo que mi hijo, ____, reciba medicamentos durante el campamento. Los medicamentos anteriores fueron recetados por un proveedor de salud con licencia. Los medicamentos mencionados anteriormente no son bajo receta y solo se administrarían en caso de enfermedad/lesión. Por la presente, libero a UNC Healthcare y a sus agente/empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar por haber tomado un medicamento en el campamento.

Firma del padre/madre/tutor: ____ **Fecha:** ______________________________

Los siguientes medicamentos sin receta se pueden conservar en Camp Celebrate Center y usar en caso necesario para controlar la enfermedad o herida. **<u>Tache aquellos que este campista no debería tomar.</u>**

Acetaminofeno (Tylenol)
Fenilefrina anticongestiva (Sudafed PE)
Antihistamínico/medicina para alergias (Zyrtek, Claritin)
Difenhidramina antistamínica/medicamentos para la alergia (Benadryl)
Espray para el dolor de garganta
Crema o champú para piojos (Nix o Elimite)
Loción de calamina
Laxantes para el estreñimiento (Ex-Lax)
Ibuprofeno (Advil, Motrin)
Pseudoefedrina anticongestiva (Sudafed)
Guaifenesina jarabe para la tos (Robitussin)
Dextrometorfano jarabe para la tos (RobitussinDM)
Pastillas genéricas para la tos
Crema antibiótica
Aloe
Bismuth subsalicylate para la diarrea (Kaopectate, Pepto-Bismol)

* *

*****Para que complete el proveedor de salud*****

Health Care Recommendations by Licensed Medical Personnel (signed within 12 months of examination).

I have examined the above camp participant. Date of last examination ____________________________________

In my opinion the above applicant _____is, _____ is not able to participate in an active camp program.

Please list any medical information the camp medical staff should be aware of regarding this camp participant:

Signature of Licensed Medical Personnel ____

Printed ____ Title ______________________________

Address ____

Phone (   ) ____ Date ______________________________

(Camp Use Only)

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

Camper/CIT Name: ____
Name / Second Name / Last Name

Birthdate: _____/_____/_______
Month / Day / Year

Initial Screening: **Date /Time:** ______________________________________

Completed by: ______________________________________
Name / Credentials

Brought to Camp by: ______________________________________

Scheduled to be picked up from camp by: ______________________ Telephone: __________

Does anyone other than the above named person have permission to pick up your child from camp? ☐ Yes ☐ No
If yes, who? ______________________________ Phone ( ) ______________

☐ **Screening has been completed. Findings are as follows:**

1. Health forms complete? ☐ Yes ☐ No
2. Any changes to information on health history? ☐ Yes ☐ No
3. Signs/symptoms of illness or injury on arrival? ☐ Yes ☐ No
4. Any report of exposure to communicable diseases? ☐ Yes ☐ No
5. Medication checked in with medical staff? ☐ Yes ☐ No ☐ No Meds
6. Signs/symptoms of head lice? ☐ Yes ☐ No
7. Height ___________ Weight ___________

Provider Notes: ______________________________________
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

* *

Camper/CIT Check Out: Date/Time: ______________________________________

Left with: ______________________________________

Camper/CIT left with all remaining medications ☐ Yes ☐ No ☐ N/A

☐ Camper/CIT left with no illness or injury

☐ Camper/CIT left with the following problem/concern: ______________________
____
____

Person told about the problem was: ______________________________________

Staff signature: ______________________________________

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

UNC NORTH CAROLINA JAYCEE BURN CENTER

Nombre del CIT: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
mes / día / año

CAMP CELEBRATE 2014 !

16 al 18 de mayo de 2014

FORMULARIO SUPLEMENTARIO DE INSCRIPCIÓN DE CIT

¿Está trabando actualmente? ☐ Sí ☐ No
De ser así, ¿cuál es su trabajo? _____

Empleador: _____
Nombre Teléfono

Año de escuela secundaria: _____

REFERENCIAS: Proporcione referencias de 3 personas que no sean de la familia que conocen su personalidad, experiencia, hábitos de trabajo y habilidades. Incluya la DIRECCIÓN COMPLETA.

_____
Nombre Dirección completa Número de teléfono

_____
Nombre Dirección completa Número de teléfono

_____
Nombre Dirección completa Número de teléfono

EXPERIENCIA EN LIDERAZGO O EN CAMPAMENTOS

Fechas	Campamento y director	Ubicación	Campista o miembro del personal

¿Tiene certificación como salvavidas? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene alguna experiencia sobre seguridad en el agua? ☐ Sí ☐ No De ser así, menciónela: _____

Mencione cualquier talento especial, experiencia, actividad extracurricular, información general suya:

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

Nombre del CIT: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
mes / día / año

El rol del **consejero en entrenamiento** (CIT) es muy importante: Ya no será un campista, pero será parte del personal voluntario del campamento. Se trata de un trabajo que acarrea una gran responsabilidad y es una gran oportunidad para que usted demuestre sus habilidades como consejero y líder. Por favor conteste las siguientes preguntas: Tómese su tiempo y considere sus respuestas.
(No dude en escribir al dorso si necesita más espacio para responder.)

¿Por qué está interesado en ser un consejero en entrenamiento en Camp Celebrate?

¿Cómo piensa que puede contribuir a Camp Celebrate?

¿Por qué el North Carolina Jaycee Burn Center debería elegirlo a usted como consejero en entrenamiento en Camp Celebrate?

Yo por medio del presente acuerdo que al participar en Camp Celebrate como **consejero en entrenamiento** demostraré liderazgo siguiendo todas las reglas del campamento y animando a otros a hacer lo mismo. Acuerdo que mi interés en ser **consejero en entrenamiento** es para aprender las habilidades de liderazgo y que mi centro de atención a lo largo del campamento será en todo momento en el mejor interés de los campistas.

_____ _____
Firma del consejero en entrenamiento solicitante / *Signature of Counselor in Training Applicant* Fecha / *Date*

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

UNC
NORTH CAROLINA
JAYCEE BURN CENTER

CONFIRMACIÓN DEL CAMPISTA/CIT

Declaro que entiendo que las actividades de Camp Celebrate son mayormente al aire libre. Entiendo que en el bosque, así como en cualquier otro lugar al aire libre, existen riesgos naturales (tropezarse con las raíces, picaduras de mosquitos, etc.) y que, por la duración de estas actividades, no habrá nadie en el bosque aparte de los compañeros participantes y del personal del campamento. **También entiendo que se revisarán todos los bolsos al llegar y al salir para ofrecer un ambiente seguro, libre de drogas y armas para todos los campistas y consejeros.**

Además, declaro que entiendo los objetivos, las reglas y las medidas mencionadas a continuación:

- Pasar un buen rato.
- Trabajar en equipo con el grupo.
- Desafiarme a mí mismo para intentar cosas que no estoy seguro de poder hacer.
- Si tengo un problema o una inquietud, hablaré con mi consejero, líder de la cabaña u otro adulto.

NORMAS Y REGLAS

- No consumiré alcohol, tabaco ni drogas en Camp Celebrate.
- No diré groserías.
- Llegaré a tiempo a todos los eventos y reuniones programados.
- No arrojaré la basura al suelo; la colocaré en el basurero correspondiente.
- No utilizaré ningún equipo sin la supervisión correspondiente.
- Seguiré todas las pautas de seguridad dadas por el personal.
- No tomaré prendas de vestir, dinero ni otras cosas que no me pertenezcan.
- Respetaré el espacio personal de otros campistas y adultos.
- Observaré cuándo se apaguen las luces y no saldré de la cabaña o carpa después de hora.

Acuerdo seguir estas metas, normas y reglas. Entiendo que me pueden echar de Camp Celebrate por no seguir lo mencionado anteriormente.

_____ _____

Firma del participante/campista/CIT *Signature of Participant/Camper/CIT* Fecha/ *Date*

_____

(Escriba en letra de imprenta el nombre del participante/campista/CIT)
(Please print name of participant/Camper/CIT)

Mi niño(a) ha leído y entendido las metas, normas y reglas anteriores. Entiendo las metas, normas y reglas anteriores. **Entiendo que si en cualquier momento el comportamiento de mi hijo no cumple con las normas durante el fin de semana, seré responsable del transporte de mi hijo a la casa.**

Firma del padre o de la madre _____ Fecha _____
Parent signature *Date*

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

University of North Carolina Health Care System

101 Manning Drive
Chapel Hill, NC 27514

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE VIDEOS/FOTOGRAFÍAS Y DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PATIENT PHOTOGRAPH/VIDEO AND INFORMATION RELEASE AUTHORIZATION FORM – MIM #739

NOTA: Este formulario NO se exige para fotos o videos de pacientes tomados con el objetivo de realizar tratamiento o diagnóstico donde la foto o video forman parte del expediente médico del paciente y no se usan con ningún otro objetivo.

Divulgación de fotografía/videografía:

Yo autorizo a University of North Carolina Health Care System ("UNC HCS") a tomar fotografías o videos, o a permitir que terceros tomen fotografías o videos, de _____ [nombre del paciente], para los usos que se mencionan a continuación **(colocar iniciales en todo lo que corresponda):**

Para propósitos de relaciones públicas:

___✓___ en los sitios de internet e intranet de UNC HCS
___✓___ en los folletos y publicaciones de UNC HCS
___✓___ en medios públicos tales como periódicos, revistas, en internet y en la televisión
___✓___ en presentaciones, publicaciones, folletos, anuncios publicitarios o artículos de agencias o compañías que no sean de UNC HCS tales como otras organizaciones sin fines de lucro o para compañías con fines de lucro que brindan su apoyo a UNC HCS

Para propósitos educativos o médicos:

___✓___ en publicaciones profesionales u otras publicaciones, incluyendo libros de texto y publicaciones electrónicas
___✓___ en presentaciones realizadas por el personal, profesores y empleados de UNC HCS incluyendo conferencias o seminarios profesionales y educativos
___✓___ en clases de UNC u otros entornos educativos
_____ otro: _____

_____ (iniciales) Entiendo que la(s) imagen(es) que he autorizado divulgar puede verlas el público en general. Si he autorizado la publicación de la(s) imagen(es) para propósitos médicos o educativos, entiendo que las imágenes las pueden ver científicos, investigadores médicos y estudiantes y profesores de medicina así como también miembros del público en general.

Divulgación de información:

_____ (iniciales) Entiendo que podrían identificarme por nombre en información impresa, en internet o información difundida que podría acompañar mi foto o mi imagen de video, y doy mi consentimiento para que se use mi nombre.

-O-

_____ (iniciales) No doy consentimiento para que se use mi nombre. Entiendo que, a pesar de que mi nombre no se usará, es posible que alguien me reconozca sólo por la(s) imagen(es).

_____ (iniciales) Autorizo el uso de la siguiente información sobre mi persona, mi condición médica o mi tratamiento:

_____
_____
_____

White – Medical Record; Yellow – Public Affairs & Marketing; Pink – Patient

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 02/24/14

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE VIDEOS/FOTOGRAFÍAS Y DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE
PATIENT PHOTOGRAPH/VIDEO AND INFORMATION RELEASE AUTHORIZATION FORM MIM #739
Página 2 de 2

Entiendo que:

- puedo revocar esta autorización en cualquier momento:
  - La revocación no aplicará a información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización.
  - Debo revocar esta autorización por escrito. El procedimiento para la revocación de esta autorización consta en presentar mi revocación por escrito en Office of Public Affairs & Marketing, UNC Hospitales, 101 Manning Drive, 20610 Neurosciences Hospital, Chapel Hill, NC, 27514.
- me puedo negar a firmar esta autorización:
  - UNC Health Care System no condicionará mi tratamiento, ningún pago, inscripción en un plan de salud o idoneidad para beneficios al poner mi firma en esta autorización.

Me han informado y comprendo que la información revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación que realice el receptor de tal información. Es posible que una vez que se revele, la privacidad de la información ya no pueda gozar de protección según las leyes de privacidad estatal y federal.

A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: *Sin vencimiento* ✓_
(si se deja en blanco, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firme).

He leído y comprendo la información en este formulario de autorización.

Firma del paciente: *Signature of Patient*	
Nombre en letra de imprenta: *Printed Name*	**Fecha y hora:** *Date & Time*

O

Firma del representante autorizado: *Signature of Authorized Representative*	
Nombre en letra de imprenta: *Printed Name*	**Fecha y hora:** *Date & Time*
Explique la autoridad de la que goza el representante para actuar en nombre del paciente: *Please explain Representative's authority to act on the behalf of the Patient*_____ _____	

Testigo _____ Fecha y hora_____
Witness *Date & Time*

Para presentar este formulario, favor de completarlo, firmar, fechar y luego enviarlo por fax a Medical Information Management al 919-966-0839. ¿Tiene preguntas sobre cómo presentarlo? Llame al 919-966-2312.

White – Medical Record; Yellow – Public Affairs & Marketing; Pink – Patient

Translated by UNC Health Care Interpreter Services 02/24/14

CAMP CELEBRATE

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL DESFILE
16 de mayo de 2014

University of North Carolina Hospitals (UNC Hospitals) llevará a cabo un campamento para niños sobrevivientes de quemaduras llamado «Camp Celebrate». Como parte de las ceremonias de apertura del campamento, los campistas están invitados a que los lleven en un camión de bomberos durante el desfile del campamento. Este desfile será el viernes 16 de mayo de 2014, comenzando en Triangle Town Center Mall de Raleigh, NC y terminando en Camp Kanata de Wake Forest, NC. El desfile durará aproximadamente una hora. Como parte del desfile, los campistas tendrán la oportunidad de subirse a un camión de bomberos municipal operado por el personal de incendios y rescates de la municipalidad a la que pertenece cada vehículo.

Por la presente, doy consentimiento para que mi hijo, _____, participe en el desfile de camión de bomberos del campamento Camp Celebrate tal como se menciona anteriormente. Especialmente doy consentimiento y autorización a UNC Hospitals y al departamento de bomberos para que acompañen a mi niño/a en el desfile y doy autorización para que mi niño suba al camión de bomberos municipal del desfile.

Entiendo que existen ciertos riesgos involucrados en el transporte de niños, inclusive riesgos generales como lesiones debido a peligros en el tráfico y otros riesgos inherentes de transporte en un desfile. Al firmar a continuación, reconozco estos riesgos y por medio de la presente, solicito y autorizo a que UNC Hospitals haga lo que sea médicamente necesario y adecuado para tratar cualquier lesión que pueda ocurrir.

Al firmar a continuación, por medio de la presente, autorizo a que mi hijo participe en el desfile de camión de bomberos de Camp Celebrate tal como se describe anteriormente.

Firma del padre/madre o tutor / (*Signature of Parent/Guardian*): _____

Nombre en letra de imprenta del padre/madre o tutor: _____
Printed Name of Parent/Guardian

Fecha / *Date*: _____

CAMP KANATA
13524 CAMP KANATA RD
WAKE FOREST, NC 27587
TELÉFONO 919-556-2661
FAX 919-556-9459
www.campkanata.org

Exención para el desafío del recorrido con cuerdas altas y bajas

Este formulario debe completarse y devolverse antes de participar en el desafío del recorrido con cuerdas de Camp Kanata (*Ropes Challenge Course*). Los participantes menores de 18 años de edad deben tener además la firma de uno de los padres o tutores.

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre del participante / *Participant Name*: _____
Dirección de la casa/ *Home Address*: _____
Ciudad, estado, código postal / *City/State/Zip*: _____
En caso de tratarse de un menor de edad, nombre del padre/madre/tutor *If under 18 name of Parent or Guardian*:_____
_____
Nombre y número de teléfono del contacto de emergencia *Emergency Contact Name and Phone Numbers*:_____
Limitaciones físicas/alergias/medicamentos *Physical limitations/allergies/medications*: _____
_____

LEA CON ATENCIÓN:

RECONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS

Yo entiendo y reconozco que el programa de recorrido con cuerdas, en el cual estoy a punto de participar en forma voluntaria, acarrea ciertos riesgos que pueden resultar en lesiones, discapacidades o la muerte. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a: (1) lesiones o muerte debido a una caída o colisión repentina contra el suelo, objetos o personas, relámpago, picadura de abeja, ataque al corazón o graves reacciones alérgicas; (2) actos u omisiones, negligencia de cualquier grado de Camp Kanata, YMCA of the Triangle Area, sus agentes o empleados; (3) defectos o el estado del equipo suministrado por Camp Kanata; (5) actos de otros participantes; (6) mi propia condición física o mis propios actos u omisiones; (7) primeros auxilios, evacuaciones de emergencia o tratamiento. Entiendo y reconozco que esta lista está incompleta y que cualquier otro riesgo desconocido también puede resultar en lesiones, discapacidades o la muerte.

Aceptación del riesgo y de la responsabilidad

Sabiendo que esta actividad conlleva riesgos, estoy de acuerdo y prometo aceptar y asumir toda la responsabilidad y el riesgo debido a una lesión, muerte o discapacidad que surja por la participación en esta actividad. Opto por participar a pesar de los riesgos y lo hago en forma voluntaria.

Dar a conocer y librar de responsabilidad

Por la presente y en forma voluntaria, libero y eximo para siempre a Camp Kanata, YMCA of The Triangle Area, sus empleados, agentes, administradores y todas las personas o entidades de cualquier responsabilidad, demanda, acciones o derechos de acciones que se relacionen con, que surjan de, o que estén de algún modo relacionados con mi participación en esta actividad.

Autorización para recibir atención médica urgente

Si me encuentro incapaz de comunicarme debido a una emergencia o un accidente, por medio de la misma, autorizo al personal presente a administrarme primeros auxilios, asegurar el tratamiento, hospitalizarme, y tomar cualquier medida que sea adecuada para mi tratamiento.

Acuerdo escuchar con atención y seguir todas las medidas de seguridad

Acuerdo escuchar con atención para entender totalmente, fomentar y poner en práctica en forma activa, para mí mismo y para los demás, toda la información y todas las medidas de seguridad tal como se expliquen antes de las actividades y durante las mismas.

MI/NUESTRA FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE HEMOS LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE ESTE DOCUMENTO Y ESTOY/ESTAMOS DE ACUERDO CON CUMPLIR CON SUS TÉRMINOS:

Firma del participante / *Signature of Participant*: _____ Fecha / *Date*: _____

Firma del padre o de la madre / *Signature of Parent*: _____ Fecha / *Date*: _____

Translated by UNC Health Care Interpreter Services 02/24/14