

Camp Celebrate

May 17-19, 2019

Estimados campistas y padres:

¡Llegó la hora de nuevo para Camp Celebrate 2019! Encontrará el paquete de registro anexo a esta carta. Son varias páginas, ¡asi que asegúrese de llenarlas todas! Preste especial atención a cada página, ya que cada campista debe tener todo completo para poder asistir al campamento. **El primer paso es programar el examen físico pre-campamento.** Se pueden hacer arreglos para reconocimientos médicos gratuitos a través del departamento de salud en su localidad.

Páginas 2 y 3	Inscripción Todos los campistas	Padre/madre/tutor completar para el campista	Asegúrese de completar la sección en azul respecto al picnic familiar el domingo
Páginas 4-6	Formulario de salud Todos los campistas	Padre/madre/tutor completar para el campista	Esto debe completarse para que el campista asista al campamento
*Página. 6	Todos los campistas	*Para que complete el proveedor de salud*	¡Programa pronto su reconocimiento médico! Haga que llenen la parte de abajo de la pág. 6. Necesitamos este formulario a más tardar el 3 de mayo. ¡Llámenos si tiene alguna pregunta!
Página 7	Todos los campistas	Campista y padre/madre/tutor debe firmar	Por favor hable sobre esta página con su niño/campista.
Página 8	Todos los campistas	Para que firme el padre/madre/tutor	Las fotos e información respecto al campista se usan en la página 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 de salud personal. Si tiene alguna inquietud respecto a la divulgación de esta información, por favor comuníquese con nuestro personal.
Página 9	Todos los campistas	Campista y el padre/madre/tutor deben firmar	Los departamentos de bomberos individuales son responsables de los campistas que transportan al campamento en sus camiones. Habrá por lo menos 2 campistas en cada camión de bomberos.
Página. 10	Campistas Edad 13 a 18	Campista y el padre/madre/tutor deben firmar	Por favor firme aunque su niño diga que no está interesado en participar. Parte del objetivo de Camp Celebrate es animar a los campistas a enfrentar temores. Sin embargo, sepa por favor que nosotros no obligamos a nadie a participar en esta actividad.

****¡Por favor complete el paquete de inscripción entero y envíelo antes del 3 de mayo de 2019!**

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

o por fax a:
984-974-1870

Si tiene alguna pregunta, comuníquese por favor con Michele Barr, directora del campamento al 919-962-8427 o a michele.barr@unchealth.unc.edu

¡Esperamos verles en el campamento!

The Burn Aftercare Team

Camp Celebrate May 17-19, 2019

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LOS CAMPISTAS

Nombre completo del campista: _____ Cómo le llaman: _____
(Primer nombre) (Segundo) (Apellido)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Hombre Mujer

Dirección postal: _____
Calle Ciudad, Estado, Código Postal

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

Dirección de correo postal de los padres/tutor: _____
(En caso de que sea diferente a la del campista) Calle Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono: casa () _____ trabajo () _____ celular () _____

¿Tiene usted un teléfono celular «inteligente»? ___Sí ___No ¿Puede recibir alertas de texto en su teléfono? ___Sí ___No

Correo electrónico: _____

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

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

Parentesco con el campista: _____

Transporte:

¿Quién va a traer a su niño para registrarse?

Nombre: _____ Teléfono: () _____ Parentesco: _____

¿Quién recogerá a su niño después del campamento?

Nombre: _____ Teléfono: () _____ Parentesco: _____

¿Hay alguna otra persona autorizada para recoger a su niño en el campamento? Sí No
De ser así, ¿quién?

Nombre: _____ Teléfono: () _____ Parentesco: _____

*****¡NOTA IMPORTANTE!*****

***¡No queremos que ningún niño falte a Camp Celebrate por falta de transporte!
Nosotros no proporcionamos transporte al campamento. Sin embargo, si usted necesita ayuda,
le podemos poner en contacto con otros padres en su área.
Si usted tiene preguntas o desea hablar sobre sus necesidades de transporte,
por favor contacte con la oficina Aftercare al 919-962-8427***

Nombre del campista: _____
Primer nombre Segundo Apellido

Para cerciorarnos de que su niño se sienta respetado y para aumentar al máximo la experiencia en el campamento, favor de ayudarnos a conocerlo mejor.

¿Qué idioma(s) habla su niño? _____

¿Es esta la primera vez que su niño está lejos de casa? Sí No

¿Alguna vez pasó su niño la noche en un campamento? Sí No

¿Alguna vez asistió su niño a Camp Celebrate? Sí No

De ser así, ¿en qué años? _____

¿Qué tan bien sabe nadar su niño? No sabe nadar No nada bien ok Bien Nada muy bien

Por favor díganos cualquier cosa que considere importante que sepamos acerca de su niño mientras esté en el campamento.

Talla de la camiseta del campista: Las camisetas se ordenarán el 3 de mayo, las solicitudes que lleguen tarde pueden ocasionar que el campista no tenga la talla correcta de la camiseta

Mediana para jóvenes (Youth Medium) Grande para jóvenes (Youth Large)

Pequeña para adultos (S) Mediana para adultos (M) Grande para adultos (L) Extra grande para adultos (XL)

2 extra grande para adultos (2XL) 3 extra grande para adultos (3XL)

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

Cada familia de los campistas está invitada al almuerzo del domingo, ¡el último día de Camp Celebrate! Es importante que sepamos exactamente cuánta gente asistirá. (sin incluir a su campista). Por favor lleguen a las 11:00 a. m.

Nuestra familia planea almorzar en Camp Celebrate el domingo 19 de mayo a las 11:00 a. m. Sí No

Número de adultos que asistirán: _____

Número de niños mayores de 6 años que asistirán (sin incluir el campista): _____

Número de niños de 6 años o menores que asistirán: _____

Nombre del campista: _____
Primer nombre Segundo Apellido

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

ALERGIAS: ¿Sufrir su niño de alguna alergia a medicamentos, a alimentos o al medio ambiente? Sí No
 (medicamentos, cacahuetes, hiedra venenosa, picaduras de abeja, etc)

De ser así, favor de listar y la reacción:

VACUNAS: ¿Estaban al día las vacunas antes de entrar a la escuela? Sí No

Mes/año de la última vacuna del tétanos (DPT, DT, T)

Mes

Año

Antecedentes médicos generales: marque «sí» o «no» para cada declaración. Explique las respuestas afirmativas abajo.

El campista ¿tiene o ha tenido?	SÍ	NO	El campista ¿tiene o ha tenido?	SÍ	NO
1. una enfermedad recurrente o crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. desmayos o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. una enfermedad que duró más de una semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. conmoción cerebral/inconsciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. insolación/agotamiento/problema con el calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. enfermedades infecciosas recientes o piojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. sangrado nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. heridas recientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. frecuentes infecciones en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. asma/sibilancias/falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. intolerancia al ejercicio extenuante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. episodios epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. problemas de la conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. migraña/dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. problemas de orinarse en la cama mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. anormalidades/traumatismo ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. trastorno por déficit de atención/ trastorno por déficit de atención con hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. problemas del corazón/presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. usa anteojos/lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. dolor en el pecho al ejercitarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. usa aparato de ortodoncia/prótesis dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. si es mujer, problemas con los periodos/menstruación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. un evento significativo en su vida que continúa afectando la vida del campista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique todas las respuestas que contestó «sí»:

Fecha de la quemadura: ____/____/____ Edad al momento de la quemadura: ____ parte(s) quemada(s) del cuerpo: _____
Mes / Año

¿Dónde recibió su niño el tratamiento para las quemaduras?

UNC North Carolina Jaycee Burn Center Wake Forest University Baptist Medical Center

Otro _____

¿Usa actualmente su niño prendas de compresión? Sí No

De ser así, envíelas al campamento y describa aquí las instrucciones de uso:

¿Usa su niño cremas o lociones para la piel? Sí No

De ser así, envíelas al campamento con su niño y explique brevemente el tipo, el lugar y la frecuencia de las aplicaciones:

¿Usa su niño una férula, prótesis o aparatos ortopédicos? Sí No

De ser así, envíelos al campamento con su niño y explique brevemente el tipo y cuándo usarlos:

¿Va a necesitar su niño de cuidados de heridas o terapia aparte de cremas/loción/protector solar? Sí No

De ser así, envíe con su niño los suministros para los cuidados de las heridas y explique brevemente las instrucciones aquí:

Nombre del campista: _____
Primer nombre Segundo Apellido

ANTECEDENTES MÉDICOS *continuación*

- Medicamentos:** Este campista no tomará ningún medicamento a diario mientras se encuentre en el campamento.
 Este campista tomará los siguientes medicamentos a diario 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/TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. ¡Todos los medicamentos se deben listar a continuación (use el dorso del formulario si necesita más espacio) y los padres/tutor deben proveerlos en un envase correctamente etiquetado por el farmacéutico con información que identifique al niño (por ejemplo, el nombre del niño, medicamento despachado, dosis requerida, horario y forma de administrarlo). ¡Suministré suficientes medicamentos para todo el fin de semana!**

Nombre del medicamento	Razones para tomarlo	Quando se administra	Cantidad o dosis	Cómo se administra
		<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> A la hora de irse a dormir <input type="checkbox"/> Otro momento: _____		
		<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> A la hora de irse a dormir <input type="checkbox"/> Otro momento: _____		
		<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> A la hora de irse a dormir <input type="checkbox"/> Otro momento: _____		

Autorización de los padres:
 Por la presente yo autorizo que mi niño, _____, reciba medicamentos durante el campamento. Los medicamentos mencionados anteriormente los recetó un proveedor médico autorizado. Los medicamentos listados a continuación son de venta libre y solo se administrarían en caso de enfermedad/lesión. Por la presente, yo libero a UNC Health Care y a sus agentes/empleados de cualquier y toda responsabilidad que pueda resultar de que mi niño haya tomado medicamentos en el campamento.
 Firma del padre,madre/tutor: _____ Fecha: _____

Los siguientes medicamentos de venta libre se pueden encontrar en el centro de salud de Camp Celebrate y se usan según sea necesario para tratar enfermedades y lesiones. **Tache aquellos que no se deben administrar al campista.**

Acetaminofén (Tylenol)	Ibuprofeno (Advil, Motrin)
Phenylephrine decongestant (Sudafed PE)	Pseudoephedrine decongestant (Sudafed)
Antihistamine/Allergy medicine (Zyrtek, Claritin)	Guaifenesin cough syrup (Robitussin)
Diphenhydramine antihistamine/allergy medicine (Benadryl)	Dextromethorphan cough syrup (RobitussinDM)
Rociador para el dolor de garganta	Pastillas para la tos de denominación común
champú o crema para los piojos (Nix o Elimite)	Pomada antibiótica
Loción de calamina	Áloe
Laxantes para el estreñimiento (Ex-Lax)	Subsalicilato de bismuto para la diarrea (Kaopectate, Pepto-Bismol)

*****To Be Completed by Medical Provider*****

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: _____



RECONOCIMIENTO DEL CAMPISTA

Yo declaro que entiendo que las actividades de Camp Celebrate en su mayoría se llevan a cabo al aire libre. Yo entiendo que, en el bosque, así como en otros lugares al aire libre, hay riesgos naturales (tropezar con las raíces de los árboles, picaduras de mosquitos, etcétera) y por el tiempo que duren estas actividades no habrá nadie en el campamento aparte de mis compañeros participantes y el personal del campamento. **Yo también entiendo que se revisarán todos los bolsos al llegar y al salir para ofrecer un entorno seguro, libre de drogas o armas, para todos los campistas y consejeros.**

Además, yo declaro que entiendo los objetivos, las reglas y las normas exigidas que se mencionan a continuación:

- Para que la pasen bien
- Trabajen con el grupo en equipo
- Desafiarme a mí mismo para intentar cosas que no estoy seguro que puedo hacer.
- Si tengo una dificultad o inquietud, hablaré con mi consejero, líder de la cabaña u otro adulto

NORMAS Y REGLAS

- No consumiré alcohol, tabaco o drogas en Camp Celebrate
- No diré malas palabras.
- Llegaré a tiempo a todas las reuniones y eventos programados.
- No arrojaré basura al suelo; la colocaré en el basurero correspondiente.
- No usaré ningún equipo sin la supervisión apropiada
- Seguiré las pautas de seguridad proporcionadas por el personal
- No tomaré ninguna ropa, dinero o u otras cosas que no me pertenezcan
- Respetaré el espacio vital de otros campistas y adultos
- Cumpliré con el horario para acostarse y no saldré de la cabaña o tienda de campaña después de hora.

Yo estoy de acuerdo en seguir estas metas, normas y reglas. Yo entiendo que me pueden echar (mandarme para la casa) de Camp Celebrate por rehusarme a seguir cualquiera de lo mencionado anteriormente.

Firma del participante/campista

Fecha

(Escriba en letra de imprenta el nombre del participante/campista)

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

Firma del padre, madre/Fecha _____/_____



University of North Carolina
 Health Care System
 101 Manning Drive
 Chapel Hill, NC 27514



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE GRABACIONES E INFORMACIÓN (COMUNICACIONES, MERCADEO Y ASUNTOS EXTERIORES) - HIM #739s

Yo autorizo a UNC Health Care Systems y a NC Jaycee Burn Center que graben o divulgen grabaciones (por ejemplo, fotos, videos o audio), e información médica pertinente, de _____ «nombre del paciente», con el fin de relaciones públicas o mercadeo (incluyendo páginas de internet, publicaciones, medios de comunicación pública, presentaciones y anuncios). Yo entiendo que pueden identificarme por el nombre, a menos que yo ponga mi inicial en la siguiente declaración.

_____ **Yo no doy consentimiento para que se use mi nombre.** Yo entiendo que, aunque mi nombre no (iniciales aquí) se usará, es posible que alguien me reconozca con base en las grabaciones solamente.

- Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando una solicitud escrita a la Office of Communications, Marketing and External Affairs, 211 Friday Center Drive, Chapel Hill, NC, 27517. Cualquier revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado.
- Yo me puedo negar a firmar esta autorización y UNC Health Care System no condicionará mi tratamiento o idoneidad para beneficios a la firma de esta autorización.
- Me informaron y comprendo que la información revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación que realice el receptor de dicha 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 federales y estatales.
- A menos que revoque la autorización, ésta vencerá en un año o en la siguiente fecha, evento o condición: _____.

Yo he leído y entiendo la información de este formulario de autorización.

Firma del paciente o representante autorizado:	
Nombre en letra de imprenta:	
Fecha:	Hora:
Relación del representante autorizado con el paciente (si corresponde):	

Testigo _____ Fecha: _____ Hora: _____

Para presentarlo, por favor llene el formulario y envíelo por correo electrónico a Health Information Management, mimdept@unch.unc.edu o por fax al 919-966-0839. ¿Tiene preguntas sobre cómo presentarlo? Llame al 919-966-2312.

* HIM739*
 Authorizations

HDF0652 Rev. 05/07/15

Chart Location:

Camp Celebrate May 17-19

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL DESFILE 17 de mayo de 2019

University of North Carolina Hospitals (UNC Hospitals) lleva 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 viajar en un camión de bomberos durante un desfile al lugar del campamento. Este desfile será el viernes 17 de mayo de 2019, comenzando en Triangle Town Center Mall de Raleigh, NC y terminando en Camp Kanata en Wake Forest, NC. El desfile durará aproximadamente una hora. Como parte del desfile, se le ofrecerá a los campistas la oportunidad de viajar en el camión de bomberos municipal operado por el personal de bomberos y primeros auxilios del distrito dueños de cada vehículo.

Por la presente yo doy consentimiento para que mi niño, _____, participe en el desfile de camiones de bomberos del campamento Camp Celebrate tal como se menciona anteriormente. YO específicamente doy consentimiento y autorizo a UNC Hospitals y al departamento de bomberos para que acompañen a mi niño/a en este desfile y autorizo para que mi niño suba al camión de bomberos municipal durante el desfile.

Yo entiendo que existen ciertos riesgos involucrados en el transporte de niños, inclusive riesgos generales como heridas debido a peligros de tráfico y otros riesgos inherentes al transporte en un desfile. Al firmar a continuación, yo reconozco estos riesgos y por medio de la presente, yo solicito y autorizo 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, yo autorizo que mi niño participe en el desfile de camiones de bomberos de Camp Celebrate tal como se describe anteriormente.

Firma del padre, madre o tutor _____

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor _____

Fecha _____



Exención para el reto del recorrido con cuerdas altas y bajas solo para niños de 13 años o mayores.

Este formulario debe completarse y devolverse antes de participar en el reto del recorrido con cuerdas de Camp Kanata. Los participantes menores de 18 años de edad también deben tener la firma de uno de los padres o tutores.

FAVOR DE IMPRIMIR O ESCRIBIR

Nombre del participante: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad/estado/código postal: _____
 Si es menor de 18 años, nombre del padre, madre o guardián: _____
 Nombre y número de teléfono del contacto de emergencia: _____
 Limitaciones físicas/alergias/medicamentos: _____

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

RECONOCIMIENTO DE 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 lesión o la muerte debido a una caída o choque repentino contra el suelo, objetos o personas, relámpagos, picaduras de abeja, ataque cardíaco, reacciones alérgicas graves: (2) actos u omisiones, negligencia en cualquier grado, de Camp Kanata, YMCA of the Triangle Area, sus oficiales o empleados: (3) defectos o condiciones 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, evacuación de emergencia o tratamiento. Yo entiendo y reconozco que esta lista está incompleta y que cualquier otro riesgo desconocido puede también resultar en lesiones, la muerte o discapacidad.

La aceptación de riesgos y responsabilidades

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

Divulgación y liberación de responsabilidad

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

Autorización para recibir cuidado médico de emergencia

Si me encuentro incapaz de comunicarme debido a una emergencia o a un accidente, por la presente yo autorizo al personal presente a administrar primeros auxilios, asegurar el tratamiento, hospitalización, y tomar cualquier medida que se considere adecuada para mi tratamiento.

Acuerdo para escuchar con atención y seguir todas las medidas de seguridad

Yo 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 y tal como me explicarán antes y durante las las actividades.

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

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del padre o la madre _____ Fecha: _____