**¡Camp Celebrate! Septiembre 11-13,2020**

Estimados campistas y padres:

¡Llegó la hora de nuevo para Camp Celebrate 2020! Encontrará el paquete de registro anexado a esta carta. Son varias páginas, ¡así 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 | Padre/madre/tutor completar para | | Asegúrese de completar la sección en azul respecto al |
|  | | Para todos los campistas | campista | | picnic familiar el domingo |
| Páginas 4-6 | | Formulario de salud | Padre/madre/tutor completar para | | Esto debe completarse para que el campista asista al |
|  |  | Todos los campistas | campistas | | campamento. |
| \*Pág. 6-7 |  | Todos los campistas | \*Para que complete el proveedor de salud\* | | ¡Programe 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. ¡Por favor |
|  |  |  |  |  | llámenos si tiene alguna pregunta! |
| Pág. 7 |  | Todos los campistas | Campista y padre/madre/tutor |  | Discuta por favor esta página con su niño/campista. |
|  |  |  | debe firmar |  |  |
| Pág. 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. |
| Pág. 9 |  | Todos los campistas | Campista y padre/madre/tutor |  | Departamentos de bomberos individuales son |
|  |  |  | deben firmar |  | responsables de los campistas que transportan |
|  |  |  |  |  | al campamento en sus camiones. Habrá por lo menos 2 campistas en cada camión de bomberos. |
| Pág. 10 |  | Campistas | Campista y padre/madre/tutor |  | Por favor firme aunque su niño diga que no está |
|  |  | Edad 13 a 18 | deben firmar |  | 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* ***21 de Agosto de 2020* !**

Envíe por correo postal los formularios completados a: ***O*** por fax a:

Camp Celebrate 984-974-1870

North Carolina Jaycee Burn Center

101 Manning Drive, Campus Box 7600

Chapel Hill, NC 27599-7600

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

# 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 trae 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 contracto con otros padres en su área.***

***Si usted tiene preguntas o desea hablar sobre sus necesidades de transporte, por favor contacte 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 ordenan 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)

Talla de los zapatos: *Por favor indicar la talla de los zapatos y si es para jóvenes o adultos \_\_\_\_* Jóvenes \_\_\_\_ Adultos

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

***La familia cercana de cada campista 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 13 de septiembre a las 11:00 a. m.**  **Sí**  **No**

**Número de adultos que asistirán: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de niños mayores de los 6 años (sin incluir el campista): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de niños de 6 años o menores que asistirán: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del campista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Primer nombre Segundo Apellido

 Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

mes / día / año

Edad al llegar al campamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FORMULARIO MÉDICO Es **obligatorio** que todos los campistas completen el formulario médico.

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dentista/ortodoncista familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está el campista cubierto por el seguro médico de la familia?  Sí  No

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier información pertinente o solicitudes que tenga respecto a las afecciones médicas que pueden limitar o alterar la participación en el campamento. ¡Recuerde enviar los medicamentos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) con su campista para el fin de semana!

Restricciones en las actividades:

Restricciones en la alimentación:

Tratamientos médicos:

**AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIAS:**

Por la presente yo autorizo al personal médico de *Camp Celebrate* a ordenar radiografías, exámenes y tratamientos de rutina para mi niño. Si no se pueden comunicar conmigo en caso de una emergencia, autorizo al personal médico a hospitalizar y garantizar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugías para mi niño mencionado anteriormente. Entiendo y acepto que UNC Hospitals y *Camp Celebrate* pueden usar la información médica personal para propósitos de tratamiento, pagos y administración de asistencia médica. Por la presente yo 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 de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de las farmacias, hospitales y clínicas.

Firma del padre, madre/tutor o campista adulto/miembro del personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del campista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer nombre Segundo Apellido

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

**ALERGIAS:** ¿Sufre 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  2. una enfermedad que duró más de una semana  3. hospitalizaciones  4. cirugía  5. enfermedades infecciosas recientes o piojos  6. heridas recientes  7. asma/sibilancias/falta de aliento  8. diabetes  9. episodios epilépticos  10. migraña/dolores de cabeza frecuentes  11. anormalidades/traumatismo ortopédico  12. problemas del corazón/presión arterial  13. dolor en el pecho al ejercitarse  14. si es mujer, problemas con los periodos/menstruación  | 1. desmayos o mareos  2. conmoción cerebral/inconsciencia  3. insolación/agotamiento/problema con el calor  4. sonambulismo  5. sangrado nasal  6. frecuentes infecciones en los oídos  7. intolerancia al ejercicio extenuante  8. problemas emocionales  9. problemas de la conducta  10. problemas de orinarse en la cama   mientras duerme    1. trastorno por déficit de atención/ trastorno por déficit de atención con hiperactividad  2. usa anteojos/lentes de contacto  3. usa aparato de ortodoncia/prótesis dental  4. un evento significativo en su vida que continúa afectando la vida del campista  |

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). ¡Suministre suficientes medicamentos para todo el fin de semana!**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento** | **Motivo por el que lo toma** | **Cuando se administra** | **Cantidad o dosis** | **Cómo se administra** |
|  |  |  Desayuno   Almuerzo   Cena   A la hora de irse a dormir   Otro momento: \_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  Desayuno   Almuerzo   Cena   A la hora de irse a dormir   Otro momento: \_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  Desayuno   Almuerzo   Cena   A la hora de irse a dormir   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 voy a traer mi teléfono celular al campamento (padres: su niño puede usar uno de los teléfonos para el personal para llamar si fuera necesario)  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 adecuada, seguiré todas las normas de seguridad.
* 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 divulguen 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 (iniciales aquí) no 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* 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:** | |
| **Date:** | **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\* HDF0652 Rev. 05/07/15 Chart Location: Authorizations

# Desfile de Camp Celebrate

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL DESFILE**

**11 de Septiembre de 2020**

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 11 de Septiembre de 2020, 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 dueño 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 01/23/20*

 13524 CAMP KANATA RD. VOICE 919-556-2661 WAKE FOREST, NC 27587 FAX 919-556-9459

[www.campkanata.org](http://www.campkanata.org/)

**Exención para el reto del recorrido con cuerdas altas y bajas solamente para niños de 13 años de edad 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 01/23/20*