

YMCA Campamento Collins Historial Médico

Nombre _____ Edad en el campamento _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Número de teléfono _____ Genero: Hombre Mujer

Padre/tutor _____ Parentesco _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono en Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono celular _____ Pager _____

Otro padre/tutor o contacto de Emergencia _____ Parentesco _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono en casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____ Pager _____

Si no se los localiza en caso de emergencia, notificar a: _____ Parentesco _____
 Teléfono en casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____ Pager _____

Seguro Médico

El/la participante tiene cobertura familiar medica/de hospital Si No

Si es así, indique el nombre del proveedor o del plan _____ Grupo # _____

Nombre del asegurado _____ Parentesco con el participante _____

Teléfono del proveedor _____ Fecha de Nacimiento del asegurado _____

Historia Médica

La siguiente información debe ser anotada por el padre/tutor, o un miembro adulto del campamento.

Utilizamos esta información para dar a los encargados del cuidado médico antecedentes sobre su hijo(a) y educar a los consejeros sobre sus necesidades.

Alergias: Marque los que se refieran a este participante.

Este participante no tiene alergias conocidas.

Este participante es alérgico a los siguientes alimentos: _____ Esto causa anafilaxis..... Si No
 Describa la reacción si se ingiere este alimento y que hacer para controlarlo:

Este participante es alérgico a los siguientes medicamentos _____ Esto causa anafilaxis..... Si No
 Describa la reacción y como lo han controlado:

Este participante es alérgico a los siguientes ingredientes _____ Esto causa anafilaxis..... Si No
 Describa la reacción y que se hace para controlarlo (anexe información extra si es necesario):

Diet: Por favor marque todos los que sean apropiados. Podemos acomodar dietas, pero no podemos ajustarnos a preferencias individuales. Por favor llame a la oficina del campamento (503) 663.5813 si tiene preguntas con respecto a la dieta del participante.

El/la participante tiene una dieta regular y está preparado(a) para comer una amplia variedad de comidas. Otro: _____

El/la participante es vegetariano tipo: Pollo-vegetariano (no puerco o res) Pesco (no res, puerco o aves)

Tiene intolerancia a la lactosa Ovo-lacto (no carnes, aves o pescado) Vegan (no carnes, aves, huevos, productos lacteos o miel)

Padre/Tutor Autorización para Cuidado médico:

Esta historia médica es correcta, y la persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento excepto en lo anotado por mí/ o por un médico. Yo doy permiso al personal médico seleccionado por YMCA Camp Collins a ordenar rayos-X, exámenes de rutina, y tratamiento; a liberar cualquier expediente necesario para propósitos de seguro médico, y proveer o hacer los arreglos necesarios relacionados con transportación para mí/ mi hijo(a). Si no puedo ser localizado en una emergencia, doy permiso al medico para que asegure y administre tratamiento, incluyendo hospitalización, para mi hijo(a). Esta forma puede ser fotocopiada y entiendo que la información sobre la salud de mi hijo puede ser compartida con otros empleados que necesiten enterarse.

Firma del padre/ tutor o empleado adulto del campamento _____ **Fecha** _____

También entiendo y acuerdo obedecer cualquier restricción médica puesta en mis actividades del campamento

Firma del participante _____

Date _____

Por favor llene ambos lados

Problemas Crónicos

- Este participante no tiene problemas de salud crónicos y puede participar plenamente en este programa.
- Este participante tiene los siguientes problemas crónicos de salud:
 - Asma
 - Dolores de cabeza
 - Camina dormido
 - Diabetes
 - Cólicos Menstruales
 - Infecciones de oído frecuentes
 - Resfriados frecuentes
 - Enuresis nocturna (moja la cama)
 - Ataques
 - Operaciones/cirugías
 - Desmayos
 - Otros (Explique)

Por favor provea información sobre el cuidado médico necesario por cada caso señalado:

Preguntas Generales (Favor de explicar cada "SI")

	Si	No		Si	No
1. ¿Una lesión, enfermedad, o infección recientemente? ..o	o	o	10. ¿Ha tenido dolores/problemas de espalda?	o	o
2. ¿Ha sido hospitalizado?	o	o	11. ¿Problemas con articulaciones (Ej. Rodillas, tobillos)?	o	o
3. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza?	o	o	12. ¿Traerá un implemento ortodóntico al campamento?	o	o
4. ¿Perdido el conocimiento por un golpe?.....	o	o	13. ¿Tiene problemas de la piel (Ej. Comezón, urticaria, acné)?o	o	o
5. ¿Usa anteojos, lentes de contacto o protección ocular? .o	o	o	14. ¿Tuvo mono-nucleosis en los últimos 12 meses?.....	o	o
6. ¿Se ha desmayado durante/después de hacer ejercicio? o	o	o	15. ¿Tiene problemas de diarrea/estreñimiento?	o	o
7. ¿Sufrido dolores de pecho durante/después de hacer ejercicio?	o	o	16. ¿Si es mujer, tiene un ciclo anormal de menstruación?....	o	o
8. ¿Ha tenido presión alta?	o	o	17. ¿Problemas de alimentación?	o	o
9. ¿Se la ha diagnosticado con un soplo cardiaco?	o	o	18. ¿Alguna vez ha tenido problemas emocionales que requieran de ayuda profesional?	o	o

Explique cualquier respuesta "si", y anote el número de la pregunta.

Nombre del médico Familiar _____ Teléfono _____

Nombre del Dentista/Orthodoncista _____ Teléfono _____

¿Cuales de estas ha tenido el/la participante?

- Viruela
- Varicela
- Sarampión
- Paperas
- Hepatitis
- ___ Fecha del último examen de TB Mantoux
- Resultado _____

De las fechas de la última vacuna de:

<i>Fecha</i>	<i>Vacuna</i>	<i>Fecha</i>	<i>Vacuna</i>
_____	DTP (Difteria, Tétano, Tos ferina)	_____	Hepatitis B
_____	Td (Tétano otra dosis)	_____	Varicela (Chicken Pox)
_____	MMR (Paperas, viruela, Rubéola)	_____	Heemophilus
_____	IPV/OPV (Polio)	_____	influenza B

Medicamentos

Si su hijo (a) toma medicinas mientras este en el campamento, se le pedirá que llene una tarjeta de "Medicamentos administrados" el primer día de campamento (incluso si se trata de medicinas que se venden sin receta). Por favor traiga el medicamento en su envase original. **En la enfermería del campamento se tienen los siguientes medicamentos y se usan para tratar lesiones o enfermedades y se administran de acuerdo a nuestro protocolo medico. Marque con una CRUZ aquellos que NO se deben administrar a su hijo(a).**

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| ___ Acetaminofen (Tylenol) | ___ Diphenhydramine (Benadryl) | ___ Para dolor de garganta | ___ Pseudoephedrine |
| ___ Medicamento para Alergias | ___ Jarabe para la tos | ___ Tinactin | ___ Medicina nocturna para gripe |
| ___ Emulsión de Calamine | ___ Ibuprofeno | ___ Pastillas para la tos | ___ Aloe |
| ___ Bismuto pastillas masticables | ___ Kaopectate | ___ Crema antibiótica triple | ___ TODOS BIEN (iniciales) |

Hay alguna actividad del campamento en la que si hijo(a) no debe participar por razones medicas? Si es así, por favor anótelo.

Para uso de la oficina solamente:

Informacion verificada por: Nombre del empleado _____ fecha _____