



**Camp Herrlich
Summer Camp**

Página principal 1
101 Deacon Smith Hill Road
Patterson, NY 12563
(ph) 845-878-6662 (fax) 845-286-5926
healthcenter@campherrlich.org
www.campherrlich.org

HISTORIA MÉDICA REQUERIDA

(Para padre o tutor legal completar)

Por favor marque uno: () Day Camper () Sleepaway Camper () Empleado

Fechas en que el campista asistirá al campamento:

Nombre del campista _____ **Fecha de nacimiento:** _____
DIRECCIÓN _____ **Teléfono#:** _____

Notificación de emergencia:

¿Con quién reside el niño y cuál es su relación con el niño?

Padre 1: Nombre _____ Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
 Padre 2: Nombre _____ Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Persona de contacto en caso de emergencia si los padres/tutores no están disponibles:

Nombre: _____ Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
 Médico: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____
 Dentista/Ortodoncista: _____
 Teléfono: _____

Información médica de emergencia (Selecione si o no)

Sí No _____ Alergia a un medicamento, alimento, planta, animal o insecto
Sí No _____ ¿Tienes una pluma de epinefrina?
Sí No _____ Necesidades Dietéticas Especiales
Sí No _____ Asma
Sí No _____ Lentes de contacto
Sí No _____ TDA/TDAH
Sí No _____ Problemas estomacales o intestinales

Sí No _____ Trastorno convulsivo
Sí No _____ Diabetes _____ Tipo 1 _____ Tipo 2
Sí No _____ Problemas del corazón
Sí No _____ Desorden sangrante
Sí No _____ Trastorno Oposicionista Desafiante
Sí No _____ Dientes Adheridos
Sí No _____ Depresión o Ansiedad
Sí No _____ Problemas Urinarios/Renales

Explique cualquiera de los anteriores: _____

Historial médico (Selecione sí o no) **Sí** **No** **Fecha** **Detalles**

Enfermedad seria	_____	_____	_____	_____
Herida grave	_____	_____	_____	_____

¿Su hijo tiene frecuentes: (circule sí o no)

S/N Infecciones oculares **S/N** Infecciones respiratorias
S/N Infecciones de oído **S/N** Infecciones del tracto urinario
S/N Infecciones de garganta **S/N** Infecciones vaginales

S/N Soplo cardíaco **S/N** Problemas menstruales
S/N Fiebre reumática **S/N** Hernia
S/N Problemas estomacales/intestinales **S/N** Dolores de espalda o articulaciones

¿Tiene su hijo: (circule sí o no)

Explique cualquiera de los anteriores: _____

¿Ha tenido esta persona Varicela? () Sí () No En caso afirmativo, ¿cuándo? Fecha _____

¿Ha tenido esta persona ¿Paperas? () Sí () No En caso afirmativo, ¿cuándo? Fecha _____

¿Esta persona ha estado expuesta a una enfermedad contagiosa en las últimas tres semanas? _____

¿Ha tenido esta persona piojos en los últimos seis meses? _____

Si corresponde, ¿ha comenzado esta persona menstruación? () Sí () No ¿Le han dicho sobre la menstruación? () Sí () No
 Fecha de la última vacuna contra el tétanos (mes/año): _____

¿Esta persona toma cualquier medicamento (incluidos medicamentos recetados, de venta libre, inhaladores, epi-pen, etc.)?

Sí No _____ ¿Se tomará este medicamento en el campamento? Sí No _____

Explicar: _____

***SI ES SÍ, LA PÁGINA 2 DEL FORMULARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O EL NIÑO NO PODRÁ TOMAR SU MEDICAMENTO EN EL CAMPAMENTO!**

Hay 2 páginas para padres para completar, complete ambas páginas y las firmas requeridas.

Página principal 2

Información del seguro familiar: Envíe una copia del anverso y el reverso de todas las tarjetas de seguro médico y de recetas para que se pueden enviar en el momento del servicio para ahorrarle dinero.

Titular de la póliza _____ Transportador _____

Número de póliza _____ DIRECCIÓN _____

¿Esta póliza incluye cobertura dental? Sí No _____

Al firmar la parte inferior de este formulario, doy mi consentimiento para lo siguiente:

- Doy permiso para que los miembros del personal de Camp Herrlich apliquen o ayuden a aplicar protector solar a mi hijo. Enviaré el protector solar a Camp Herrlich claramente etiquetado con el nombre de mi hijo. También certifico que este producto está aprobado por la FDA y que he probado este producto en mi hijo sin reacciones adversas. Camp Herrlich no será responsable de ninguna reacción debido a la aplicación de protector solar que proporcione.

Si tiene requisitos de protección solar o un calendario para la aplicación, por favor díganos aquí:

- **Declaración de privacidad de HIPPA: Permiso para divulgar información médica confidencial**

Doy _____ permiso para divulgar información de salud confidencial a Camp Herrlich

Nombre de la práctica médica

con respecto a esta persona _____

Nombre del campista o miembro del personal

Los medicamentos de venta libre **enumerados en la página 2 del formulario de los médicos** puede estar disponible en el Centro de Salud y se administrará según sea necesario para manejar lesiones y enfermedades, a discreción del Director de Salud, con **Orden del médico y Permiso de los padres**. Se seguirán la dosis y el programa del paquete, a menos que se indique lo contrario en el cuadro de comentarios. Doy mi permiso para que Camp Herrlich administre los medicamentos necesarios según lo indique el médico.

Hasta donde yo sé, la información anterior es correcta. Doy permiso a mi hijo para participar en todas las actividades y viajes del campamento. En caso de accidente o enfermedad, autorizo al campamento a instituir y obtener atención médica que incluye, entre otros, suturas, yesos, radiografías o tomografías computarizadas que requieran radiación. También entiendo que yo, el padre o tutor, soy responsable del transporte a casa de mi campista debido a una enfermedad o lesión. En caso de un brote de enfermedad transmisible, entiendo que esta persona será excluida del campamento si no está completamente inmunizada. También entiendo que todos los formularios médicos deben estar completos y archivados **ANTES** de que mi campista comience su sesión de campamento.

****Firma del Padre / Tutor** _____ **Fecha:** _____

Un formulario médico completo incluye:

_____ Historial de Salud y Firma de los Padres

_____ Formulario físico completo y firmado por el médico

_____ Formulario de medicamentos de venta libre

_____ Copia de las vacunas más recientes del niño

Estas son 4 páginas en total de nuestro formulario de salud, más vacunas. ¡Gracias por su cooperación!

Campamento Herrlich, Patterson, Nueva York

EVALUACIÓN MÉDICA

Página 1 de 2 (Para ser completado por el médico)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ ha tenido un historial completo y un examen físico el _____ Mes día año

Resultados de la prueba/detección

Altura:	IMC:	Visión/Tipo de examen
Peso:	☐ Normal	Con Gafas D 20 / I 20 /
Presión arterial:	☐ Anormal	Sin gafas D 20 / I 20 /
Pulso:	Mínimo:	
HCT/Hgb:	Leve:	Auditivo/Tipo de Cribado
Análisis de orina:	Contra:	Derecha Aprobado / Fallado
Dental bruto:	Marcado:	Izquierda Aprobado / Fallado
Plomo (Fecha/Resultado):	☐ Referencia a:	

TUBERCULOSIS: ¿En grupo de alto riesgo? ☐ sí ☐ no		
TB y otros resultados de la prueba: (Célula falciforme, etc.)		
Prueba	Fecha	Resultado

Evaluación de enfermedades

Sí No		Fecha de inicio
☐ ☐ alergias	A qué:	
☐ ☐ Asma	☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ inducido por ejercicio ☐ no clasificado	
☐ ☐ Diabetes	☐ Tipo i ☐ Tipo II	
☐ ☐ Reacción anafiláctica	☐ Alimento ☐ Insecto ☐ Látex ☐ Otro: Explicar	
☐ ☐ Trastorno convulsivo	Tipo:	
☐ ☐ Varicela	¿Sí sí, cuándo?	
☐ ☐ Paperas	¿Sí sí, cuándo?	
☐ ☐ Otros (especificar)		

Por favor adjunte historial completo de vacunas

****Si un niño está tomando medicamentos (incluidas vitaminas, medicamentos de venta libre, Epi-Pens, inhaladores, etc.) por CUALQUIER motivo, el médico DEBE completar la siguiente información. Si no es así, ¡NO SE LE DARÁ AL NIÑO SU MEDICAMENTO EN EL CAMPAMENTO!****

Prescripción médica: Complete con el régimen actual del paciente para medicamentos programados y PRN; utilice papel adicional si es necesario. Si el niño es diabético, incluya las órdenes del médico en una página aparte.

DROGA **ruta** **DOSIS** **FRECUENCIA** **COMENTARIOS**
DIAGNÓSTICO

Medicamentos de emergencia:Esta persona requiere: **Epi-pan:** ☐ sí ☐ no **Inhalador PRN:** ☐ sí ☐ noEsta persona tiene permiso para llevar: **Epi-pan:** ☐ sí ☐ no **Inhalador PRN:** ☐ sí ☐ no

(Nota: la capacidad de llevar implica la capacidad de autoadministrarse)

Pedidos adicionales: Según lo considere necesario el proveedor de atención médica para ser implementado por un R.N. (es decir, cambios de vendaje, cuidado del yeso, etc.): _____

El nombre del niño: _____

Limitaciones en las actividades:

Natación _____ Excursionismo _____ Deportes _____ Otro: _____

Explique arriba: _____

Medicamentos estándar de venta libre:

Los siguientes medicamentos pueden estar disponibles en el Centro de Salud y se administrarán, según sea necesario para tratar lesiones y enfermedades, a discreción del Director de Salud, con **Orden del médico y Permiso de los padres**. Se seguirán la dosis y el programa del paquete, a menos que se indique lo contrario en el cuadro de comentarios.

Nombre de la droga	Ruta	Indicaciones	Comentarios
Ibuprofeno	por la boca	Dolor, fiebre, sx frío, dolor de muelas, dolores musculares	
Paracetamol	por la boca	Dolor, fiebre, sx frío, dolor de muelas, dolores musculares	
El Robitussin	por la boca	Tos	
Pastillas para la tos	por la boca	Tos, dolor de garganta	
Tableta de alergias: Claritin/Zyrtec	por la boca	Alergias estacionales/ambientales	
Diphenhydramine	por la boca	Picaduras de insectos, alergias, alergias respiratorias	
Neutralizador de acidez	por la boca	Gas, acidez estomacal, indigestión, malestar estomacal	
Leche de magnesia	por la boca	Constipación	
Calamina, Caladryl, Hidrocortisona	tópico	Picaduras de insectos, sarpullido, irritación de la piel	
Bacitracina, neomicina, Polymycin	tópico	Cortes, raspaduras	
Crema Antifúngica, Aerosol	tópico	Pie de atleta, tiña inguinal	
Orajel, Abreva	tópico	Herpes oral, herpes labial, dolor de muelas	
Visine	tópico	Cansancio ocular, Irritación ocular	
Medicine/Bactine/Benadryl Spray	tópico	Picaduras de insectos	

Certifico que en esta fecha he examinado al campista mencionado anteriormente y que, sobre la base de mi examen y el historial médico que se me proporcionó, no he encontrado ninguna razón que haga que sea médicamente desaconsejable que este campista participe en actividades físicamente extenuantes. .

Firma del Médico _____ **Fecha de examinación** _____

Escriba en letra de imprenta: Nombre del médico _____ N. ° de licencia _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Actualización del formulario de salud

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Tenga en cuenta cualquier cambio en los medicamentos desde que se enviaron los formularios de "Historial médico requerido". Asegúrese de anotar los cambios en la dosis (potencia o cantidad de mg) o la cantidad de veces por día que se toma un medicamento, incluso de los medicamentos que estaban en el formulario de salud original.

¡Cualquier cambio debe ser firmado por el prescriptor!

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Ruta

Recuerde que el camper no puede recibir vitaminas, suplementos, preparados a base de hierbas o remedios homeopáticos sin receta médica.

Anote cualquier cambio en la condición física o médica de los campistas desde que se envió el formulario de salud original.

Cambio o condición médica:

Fecha de Inicio: _____ Condición; _____
 Fecha de Inicio: _____ Condición; _____
 Fecha de Inicio: _____ Condición; _____
 Fecha de Inicio: _____ Condición; _____
 Fecha de Inicio: _____ Condición; _____

Consentimiento del médico:

Firma del Médico _____ Fecha de examinacion _____

Escriba en letra de imprenta: Nombre del médico _____ N.º de licencia _____

Dirección _____ Número de
teléfono _____

Consentimiento del padre/tutor:

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

