



**Christian
Camp &
Retreat
Center**
NEWBERG, OREGON
www.camptilikum.org

Hoja de Historial Médico (Registro de Campero Independiente)

Por favor devuelva este formato para completar el proceso de registro.

Email: registrar@camptilikum.org
Dirección: 15321 NE North Valley Rd
Newberg, OR 97132

Solicitud de Compañero Campero: Los camperos solo son asignados al mismo grupo si ambos camperos solicitan el uno al otro. Solo se permite una solicitud por campero. Los camperos deberán estar entrando al mismo grado.

Transportación: Padres deberán presentar un permiso escrito a Tilikum si desean que cualquier otra persona aparte de ellos mismos lleve a los camperos del campamento a casa. **Deberas tener una identificación con foto disponible a la hora de recoger a los camperos.**

Multimedia/Fotografía: Si una opción no está indicada la decisión queda en manos de Tilikum por defecto. Si seleccionas 'no doy', su hijo será excluido de la foto grupal.

Historial Médico: La información médica y de salud del campero necesita dars a conocer al campamento. Personal del campamento mantendrán esta información confidencial. Si el espacio provisto no es suficiente, favor de adjuntar el papeleo adicional.

Medicamentos: Anota TODOS los medicamentos incluyendo medicamentos de venta libre o sin receta tomados rutinariamente. Trae suficientes para durar el tiempo completo del campamento. Manténlo en el empaque original que identifica al medico que prescribe la medicina (si es una medicina recetada), el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de la administración. Favor de no quitarte el medicamento regular a su hijo(a) mientras esta en el campamento. Adjunte papeleo adicional si es necesario para más medicamentos. Identifique cualquier medicamento tomado durante el año escolar que el participante no/ta vez no tomará durante el verano.

Fechas de la semana elegida del campamento: _____

Seleccione Uno: Day Camp (grados 1-6)
Quest (grados 6-8)
High Adventure (grados 8-12)

Primer Nombre del Campero _____

Apellidos _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad durante el campamento _____

Año Escolar en el Otoño _____

Sexo Masculino Femenino

Padre(s) / Tutor(es) Custodiales _____

Dirección de Residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono de Casa _____

Celular - Madre _____ Celular - Padre _____

Email de Madre _____

Email de Padre _____

Nombre de Iglesia (si aplica) _____

Información de Contacto de Emergencia: En caso de que no poder contactarnos en alguna emergencia, favor de notificar al siguiente individuo:

Nombre _____

Relación _____ Número de Teléfono _____

Solicitud de Compañero Campero: Favor de poner a mi hijo(a) con:

Primer Nombre _____ Apellido _____

Transportación: Me gustaría que mi hijo regresara a casa del campamento con las siguientes personas (nombre de conductors adultos) _____

Multimedia/Fotografía: (por favor seleccione una de las siguientes)

Doy

No doy

permiso a Tilikum para usar cualquier fotografía, video, o entrevista tomada en el campamento para ilustrar, reporter, promover y comercializar a Tilikum.

Talla de Camiseta: (por favor seleccione uno)

Juvenil: CH M G
Adulto: CH M G XG

Valoración de Necesidades: Tilikum desea ayudar a satisfacer las necesidades físicas, sociales y espirituales de cada niño. Por favor describe abajo como podriamos ser de ayuda en satisfacer las necesidades únicas de su hijo(a). Adjunte papeleo adicional si es necesario.

Por favor complete las preguntas adicionales en el lado reverso

Historial Médico para: _____ Fecha: _____

Seguro Médico: Su familia cuenta con seguro médico? Sí No

Compañía _____ Número de Identificación Grupal _____

Doctor Familiar o Centro de Cuidado de la Salud: _____ Teléfono _____

Dentista/Ortodoncista Familiar: _____ Teléfono _____

Selección todo que ap-
lique

Lesión reciente, enfermedad,
o condición infecciosa

Se ha desmayado durante o después de
ejercicio

Depresión

Enfermedad crónica o recurrente

Ha tenido convulsiones

Problemas de sueño

Ha sido hospitalizado

Diabetes

Tratamiento psiquiátrico

Ha tenido alguna cirugía

Deficit de Atención/Deficit de Atención
con Hiperactividad

Orinarse la cama (recientemente)

Lesión en la cabeza

Enfermedad del corazón

Problemas respiratorios

Dolores de cabeza frecuentes

Si es mujer, historial menstrual abnormal

Otro

Infecciones del oído frecuentes

Desorden alimenticio

Favor de explicar cualquiera de los anteriores. Existen algunas condiciones médicas o restricciones adicionales que deberíamos de saber?

Medicamentos:

Medicamento #1 _____

Dosificación _____

Tiempo específico en el que se toma todos los días _____

Razón por tomarse _____

Medicamento #2 _____

Dosificación _____

Tiempo específico en el que se toma todos los días _____

Razón por tomarse _____

Alergias: *Anota todas las alergias conocidas. Describe las reacciones y como manejar la reacción.*

Alergias a medicamentos: _____

Alergias a los Alimentos o Necesidades Especiales de Dieta:

Otras Alergias; (incluyendo picaduras de insectos, fiebre de heno, etc)

Inmunizaciones: *Escoge uno:*

Doy fe que mi hijo(a) está al corriente con todas sus
inmunizaciones requeridas.

Fecha del ultimo Tétano (requerido): mes/año ____ / ____

Doy fe que mi hijo(a) está exento de todas la inmuni-
zaciones requeridas debido a razones religiosas o médi-
cas.

Asmáticos: *(por favor ponga sus iniciales si aplica)*

_____ Doy permiso a mi hijo(a) para cargar con un inhalador
para auto administrar en caso de incidentes relaciona-
dos con asma.

_____ Prefiero que el personal de cuidado de salud del cam-
pamento mantenga el inhalador de mi campero(a) y le
ayude a determinar cuando es necesario.

AUTORIZACION DE EMERGENCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: *Este historial médico es correcto hasta donde yo sé, y la persona descrita arriba tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento excepto las previamente señaladas. Me he familiarizado con el programa del campamento y sus eventos y entiendo que todas las actividades son completamente voluntarias. Reconozco el riesgo inherente de lesión en actividades del campamento en particular, pero no limitado a: natación, paseo en barco, tiro al arco y pista de desafío. Entiendo que Tilikum ha tomado medidas de seguridad extensivos, incluyendo la certificación de su personal en Primeros Auxilio, Resucitación Cardiopulmonar y Seguridad Acuática así como hacer todo lo posible para ayudar a mantener la seguridad de todos los participantes del campamento. También reconozco que Tilikum no puede garantizar o asegurar que los participantes, el equipo, la propiedad y/o las actividades seran libre de accidentes o lesiones. Estoy consciente y he instruido a mi hijo en la importancia de conocer y seguir las reglas del campamento y regulaciones y libero a Tilikum de toda responsabilidad por cualquier lesión al campero. Entiendo que la transportación hacia y desde el campamento (y cualquier responsabilidad de los mismos) es la responsabilidad del campero, y no de Tilikum.*

*Doy permiso al personal medico del campamento para (1) administrar los medicamentos rutinarios, medicamentos en caso de necesidad y medicament-
mentos sin receta para enfermedades leves o molestias; (2) proveer los primeros auxilios apropiados para lesiones menores; y (3) buscar más
tratamiento del medico u hospital local si las condiciones lo ameriten. Si yo no puedo ser contactado en caso de una emergencia, doy permiso al
medico seleccionado por el director del campamento para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado para, y ordenar una inyeccion y/o anestesia
y/o cirugía para el campero anotado arriba. Este format completado puede ser fotocopiado por el campamento para tener otro juego disponible para
registros de transportación y para la oficina de Tilikum.*

Estoy de acuerdo con la autorización en caso de emergencia y la liberación de responsabilidad anterior (requerido).

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____