

# 2026 Kampamento Kiwanis. Historial de Salud

**Kamp Kiwanis**  
9020 Kiwanis Road, Taberg, NY 13471  
Tel: 315-336-4568  
kamp@kampkiwanis.org  
www.kampkiwanis.org



El historial de salud debe ser llenado por los padres/tutores de los menores o por los mismos adultos. Actualización requerida anualmente. El examen de salud debe ser realizado por personal médico autorizado. Actualización requerida anualmente.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_  
Calle Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

# de Seguro Social del participante \_\_\_\_\_ Ninguno: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

<b>Padre/Guardián #1</b> Nombre _____ Relación _____ Idiomas que hablan _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono de Casa/Celular _____	<b>Contacto de Emergencia #1 (NO debe ser Padre o Guardián)</b> Nombre _____ Relación _____ Idiomas de hablan _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono de Casa/Celular _____
<b>Padre/Guardián #2 o Agencio Contacto las 24 horas</b> Nombre _____ Relación _____ Idiomas que hablan _____ Telefono de Casa/Celular _____ Telefono de trabajo _____	<b>Contacto de Emergencia #2 (NO debe ser Padre o Guardián)</b> Nombre _____ Relación _____ Idiomas de hablan _____ Telefono de Casa/Celular _____ Telefono de trabajo _____

## Información del Seguro

¿El participante está cubierto por un seguro médico/hospitalario familiar, Medicaid o Medicare? (encierre en un círculo uno) Si No  
Es así, indique el nombre de la compañía de seguros y del plan \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ N.º de identificación del seguro o N.º de SS del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Teléfono del médico de atención primaria \_\_\_\_\_  
Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Teléfono del dentista \_\_\_\_\_  
Nombre del ortodoncista \_\_\_\_\_ Teléfono del ortodoncista \_\_\_\_\_  
Nombre del psiquiatra \_\_\_\_\_ Teléfono del psiquiatra \_\_\_\_\_

**Fotocopia de frente y atrás Se debe adjuntar a este formulario el certificado de la tarjeta del seguro de salud.**

Este historial de salud es correcto y refleja con precisión el estado de salud del kamper al que pertenece. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades de Kamp, excepto que yo o un médico examinador lo indiquemos. Por la presente doy permiso al Kamp para proporcionar, buscar y dar mi consentimiento para la atención médica de rutina, la administración de medicamentos recetados y de venta libre y el tratamiento de emergencia para mi kamper, según sea necesario, incluidos, entre otros, radiografías, exámenes y tratamientos de rutina, y/u hospitalización relacionados con la salud del kamper tanto para atención médica de rutina como en situaciones de emergencia. También doy permiso para que mi kamper y/o personal lleven y apliquen protector solar en mi kamper. También doy permiso para que el Campamento organice el transporte relacionado. Acepto la divulgación de todos los registros necesarios para fines de tratamiento, derivación, facturación o seguro. Es mi intención que el Kamp sea tratado como actuando in loco parentis si la persona aquí nombrada es menor de edad. Además, tengo la intención de que los representantes apropiados de Kamp sean tratados como "representantes personales" a los fines de divulgar información médica protegida de conformidad con las normas de privacidad promulgadas de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Por la presente acepto (de conformidad con 45 CFR § 164.510(b)) a la divulgación a los representantes de Kamp de la información de salud protegida de la persona aquí descrita, según sea necesario: (i) para proporcionar información relevante a los representantes de Kamp relacionada con la capacidad de la persona para participar en Kamp actividades; y (ii) en el caso de menores de edad, proporcionar información relevante a los representantes de Kamp para mantenerme informado sobre el estado de salud de mi kamper. En caso de que no se me pueda localizar en una emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el Campamento para asegurar y administrar el tratamiento y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para este campista, incluida la hospitalización, para la persona nombrada anteriormente. Entiendo que la información en este formulario se compartirá según la "necesidad de saber" con el personal de Kamp. Doy permiso para fotocopiar este formulario. Además, el Kamp tiene permiso para obtener una copia del expediente médico de mi kamper de los proveedores que tratan a mi kamper y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi kamper.



Firma del padre o tutor o adulto Kamper/empleado \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

También entiendo y acepto cumplir con cualquier restricción impuesta a mi participación en las actividades de Kamp

Firma del kampista menor/voluntario menor o kampista adulto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Kampamento Kiwanis Historial de Salud Continuación, Pagina 2

El historial de salud debe ser llenado por los padres/tutores de los menores o por los mismos adultos. Actualización requerida anualmente. El examen de salud debe ser realizado por personal médico autorizado.

Nombre del kampista \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Medicamentos

- ☐ Esta persona NO tomara ningún medicamento mientras asiste al Kampamento
- ☐ Esta persona toma medicación durante el año escolar que no tomara en el Kampamento. Por favor indicar:

- ☐ Esta persona tomara los siguientes medicamentos mientras asiste al Kampamento:

(Por favor indique todos los medicamentos (incluyendo medicamentos de venta libre o sin receta) tomados rutinariamente. Por favor incluya los flujos máximos, tratamientos del nebulizador, pruebas diabéticas, administración de insulina, cambios de vendajes, administración de lociones, régimen de jugo de ciruelas, etc. Envíe suficiente medicamento para durar todo el tiempo en el Kampamento. Mantener en el envase/botella original que identifica al médico que prescribe, el nombre del medicamento, la dosis, y la frecuencia de administración. ***Paquetes de burbujas son preferidos. Los kampistas adultos deben enviar la medicación 2 semanas antes del inicio de la sesión. Por favor envíe paquetes de burbujas cuando sea posible. Niño/a kampistas son animados a que hagan lo mismo.***)

**Medicamentos no enviados en sus envases originales, por la Ley Estatal de NY no pueden ser dispensados**

Nombre de Medicación	Fecha Iniciada	Razón para tomarlo	Cuando se da	Cantidad o dosis dada	Como se da
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other Time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		

## Alergias

Enumere todas las conocidas. Circule uno y describa la reacción y el manejo de la reacción

Alergias a medicamentos Si No Reacción \_\_\_\_\_

Alergias alimentarias Si No Reacción \_\_\_\_\_

Alergias ambientales Si No Reacción \_\_\_\_\_

Otras alergias Si No Reacción \_\_\_\_\_

## Restricciones:

Cualquiera Restricciones médicas/religiosas Dietéticas

Ninguna \_\_\_\_\_ o No puede comer: Carne rojo \_\_\_\_\_ Cerdo \_\_\_\_\_ Productos Lácteos \_\_\_\_\_ Nueces \_\_\_\_\_ Mariscos \_\_\_\_\_ Huevos \_\_\_\_\_

Otro (describa) \_\_\_\_\_

Restricciones de Actividad

Ninguna \_\_\_\_\_ o Restricciones de Actividad: Nadando \_\_\_\_\_ Caminata \_\_\_\_\_ Canotaje \_\_\_\_\_ Deportes \_\_\_\_\_ Bicleta \_\_\_\_\_

Actividades Extenante \_\_\_\_\_ Actividades específicas a restringir: \_\_\_\_\_

Sugerencias de los Padres/Guardianes: \_\_\_\_\_

# Kampamento Kiwanis Historial de Salud Continuación, Pagina 3

Nombre de Kampista: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS GENERALES:

### Tiene/tuvo el participante:

- |   |    |    |   |    |    |
|---|----|----|---|----|----|
| 1. Herida, enfermedad, o enfermedad infecciosa?         | Si | No | 21. Tiene problemas de piel? P.ej. Picazón, erupción, acné    | Si | No |
| 2. Enfermedad o condición crónica o recurrente?         | Si | No | 22. Tiene diabetes?   | Si | No |
| 3. Alguna vez estuvo hospitalizado?                     | Si | No | 23. Tienes asma?  | Si | No |
| 4. Alguna vez ha tenido cirugía?                        | Si | No | 24. Tuvo Mononucleosis en los últimos 12 meses?               | Si | No |
| 5. Dolores de cabeza frecuentes?                        | Si | No | 25. Tenido problemas con diarrea o estreñimiento?             | Si | No |
| 6. Algún golpe en la cabeza?                            | Si | No | 26. Tiene problemas con el sonambulismo?                      | Si | No |
| 7. Ha sido noqueado inconsciente?                       | Si | No | 27. Si es mujer, ha comenzado la menstruación?                | Si | No |
| 8. Usa anteojos, contactos, o lentes protectores?       | Si | No | 28. Si es mujer, tiene historia anormal de la menstruación?   | Si | No |
| 9. Infecciones frecuentes del oído?                     | Si | No | 29. Alguna vez tuvo sarampión?                                | Si | No |
| 10. Sea mareado durante o después del ejercicio?        | Si | No | 30. Alguna vez tuvo paperas?                                  | Si | No |
| 11. Sea desmayado durante o después del ejercicio?      | Si | No | 31. Tuvo piojos en los últimos 6 meses?                       | Si | No |
| 12. Alguna vez tuvo convulsiones?                       | Si | No | 32. Sufre de fiebre del heno?                                 | Si | No |
| 13. Dolor en el pecho durante o después del ejercicio?  | Si | No | 33. Alguna vez tuvo varicela?                                 | Si | No |
| 14. Alguna vez tuvo presión arterial alta?              | Si | No | 34. Alergia a Penicilina?                                     | Si | No |
| 15. Alguna vez tuvo problemas de espalda?               | Si | No | 35. Tiene una historia de orinarse en la cama?                | Si | No |
| 16. Alguna vez se le ha diagnosticado sopia cardiaco?   | Si | No | 36. Alguna vez tuvo trastorno alimentario?                    | Si | No |
| 17. Alérgico a las picaduras de insectos?               | Si | No | 37. Busco ayuda profesional para problemas emocionales?       | Si | No |
| 18. Alérgico al envenenamiento por hiedra?              | Si | No | 38. Los últimos 12 meses, vio profesional de la salud mental? | Si | No |
| 19. Problemas con coyunturas? P. ej. Rodillas, tobillos | Si | No | 39. Ha sido tratado para ADD o ADHD?                          | Si | No |
| 20. Tiene un aparato ortopédico que traerá?             | Si | No | 40. Viajado fuera del país en los últimos 9 meses?            | Si | No |

**POR FAVOR EXPLIQUE “SI” RESPUESTAS EN EL ESPACIO SIGUIENTE:** Por favor anote el numero de la pregunta y para viajes fuera del país por favor nombre países visitados y las fechas: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE INMUNIZACIÓN:** Por favor proporcione el mes y el año de cada inmunización. **Las inmunizaciones marcadas con estrella (\*) deben ser corrientes.** Copias de los formularios de inmunización de su docto o del gobierno estatal o local son aceptables; por favor adjune a este formulario. attach to this form.

Inmunización	Dosis 1 Mes/ Año	Dosis 2 Mes/ Año	Dosis 3 Mes/ Año	Dosis 4 Mes/ Año	Dosis 5 Mes/ Año	Dosis Mas Reciente Mes/Año
Diptheria, tetanus, pertussis* (DTaP) o (TdaP)						
Tetanus booster* (dT) o (TdaP) <b>INDICAR FECHA</b>						
Mumps, measles, rubella* (MMR)						
Polio* (IPV)						
Haemophilus influenza type B (HIB)						
Pneumococcal (PCV)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Varicella (chicken pox) □ Tuvo Chicken pox Fecha: _____						
Meningococcal meningitis (MCV4)						
Tuberculosis (TB) test	Date: _____	Positive: _____	Negative: _____			

**ORDENES INDIVIDUALIZADAS:** Los siguientes medicamentos sin receta son usadas según sea necesario para manejar enfermedades y heridas.  
**Personal Medico:** Cruzar los elementos que el kampista no debe ser dado.

Acetaminofeno	Tratamiento de piojos
Aloe	Pepto-Bismol
Antiacidos	Hisopos de picajura
Antihistmínico	Crema contra la sarna
Aspirina	Sudafed & Sudafed PE
Auralgan (Gotas para el oído)	Spray de quemadura solar
Calamina	Protector solar
Chloraseptic Espray de garganta	
Chlorphenamine Maléate	Antibióticos Tópicos crema
Cortaid	Antipruríticos Tópicos
Supresores de la tos	
Dextromethorphan	
Dimetapp	
Guaifenesin (Robitussin cualquier formulario)	
Ibuprofeno	
Repelente de insectos	
Laxantes para estreñimiento	

### QUE HEMOS OLVIDADO PREGUNTAR?

En el espacio proporcionado por favor indique cualquier información de salud adicional que usted piensa que es importante.

**Si su kampista no ha sido totalmente inmunizado, por favor firme la siguiente declaración.** Entiendo y acepto los riesgos para mi kampista y los otros del Kampamento que no están totalmente inmunizados.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Kampamento Kiwanis Historial de Salud Continuación, Pagina 4

Nombre de Kampista: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Tiene su camper un diagnóstico médico? ( encierre en un círculo ) **Si** **No**  
Si la respuesta es **SI**, continúe con todas las preguntas a continuación.

## Diagnostico Medico

Diagnostico Primario: \_\_\_\_\_  
Diagnostico Secundario: \_\_\_\_\_  
Tiene el solicitante: (por favor indicar si es aplicable)  
☐ Discapacidad Auditiva ☐ Impedimento de Movilidad  
☐ Autismo ☐ Discapacidad Desarrollo (Especifar)  
☐ ADD ☐ ADHD  
☐ Epilepsia ☐ Desorden Convulsivo  
☐ Diabetes ☐ Discapacidad Visual  
☐ Desorden Bipolar ☐ Esquizofrenia  
☐ Otro: \_\_\_\_\_

## Autismo

Tiene el/la kampista Autismo? **SI** **NO**  
Donde están en el espectro? \_\_\_\_\_

## Discapacidad del Desarrollo

Tiene el/la kampista discapacidad del desarrollo? **SI** **NO**  
Si es así por favor indique el nivel de severidad diagnosticado:  
☐ Leve ☐ Moderado  
☐ Severo ☐ Profundo

## Reportes

Hay un reporte de comportamiento? **SI** **NO**  
Hay un reporte psicológico? **SI** **NO**  
(Si es así, adjunte una copia a la aplicación. La información se mantendrá confidencial)

## Ambulación

El individuo: ☐ Camina Librementemente ☐ Camina con dificultad  
☐ Usa Ayudantes ☐ Usa silla de ruedas  
☐ Cinturón de Marcha ☐ Usa Muletas

El individuo puede subir/bajar escaleras sin ayuda: **SI** **NO**

Con que frecuencia el kampista usa un ayudante / silla de ruedas?  
\_\_\_\_\_

Si es así, que tipo de silla de ruedas utiliza el kampista:

☐ Manual ☐ Eléctrica  
Requisitos de carga de silla de ruedas eléctrica \_\_\_\_\_

## Convulsiones

Tiene el/la kampista Epilepsia? **SI** **NO**

Ha tenido el kampista alguna vez una convulsión? **SI** **NO**

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si es así, que tipo de convulsión tiene el kampista en este momento:

o Ninguno o Petite Mal o Grand Mal

Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Tiene el kampista convulsiones nocturnas: **SI** **NO**

Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

El tratamiento corriente para el individuo durante y después de una convulsión es: \_\_\_\_\_

## Sensorial / Comunicación

Visión del Kampista es:

☐ 20/20 ☐ Parcial ☐ Legalmente Ciego  
☐ Usa Anteojos ☐ Usa Contactos

Audición:

☐ No tiene problemas para oír ☐ Es Sordo ☐ Usa audifono

El Habla:

☐ Es difícil de entender ☐ No Es Verbal ☐ Es Fácil de Entender

Nivel de Comprensión :

☐ No Tiene Problema ☐ Solo Entiendo Direcciones Sencillas

☐ No Entiende

Por Favor Explique \_\_\_\_\_

## Dormir

☐ No Tiene Problemas ☐ Problemas Ocasionales ☐ Vaga  
☐ A Menudo Se Despierta Por La Noche  
☐ Problemas de Incontinencia

Por Favor Explique: \_\_\_\_\_

Cuantas horas por noche duerme el kampista? \_\_\_\_\_

El kampista necesita ser revisado por la noche: **Si** / **No**

Si es así, porque? \_\_\_\_\_

## Habilidades de Vida

Vestirse

☐ Independiente ☐ Alguna Asistencia ☐ Completa Asistencia

Bañarse:

☐ Independiente ☐ Alguna Asistencia ☐ Completa Asistencia

Usande el Bño:

☐ Independiente ☐ Alguna Asistencia ☐ Completa Asistencia

Kampista sufre de: ☐ Constipación Crónica ☐ Diarrea Frecuente

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Comiendo

☐ Independiente ☐ Alguna Asistencia ☐ Completa Asistencia

El Kampista come comida que es:

☐ Entero ☐ Cortado ☐ Molido ☐ Puré

Dieta Especial? Explique: \_\_\_\_\_

Beber

☐ Independiente ☐ Alguna Asistencia ☐ Completa Asistencia

El kampista bebe batidos altos en calorías: **SI** **NO**

El kampista bebe régimen diario de jugo de ciruela: **SI** **NO**

El kampista utiliza equipo adaptive durante las comidas:

☐ Si ☐ No Explique: \_\_\_\_\_

## Comportamiento Sexual Problemático

☐ Nunca ☐ A Veces ☐ A Menudo

Explique: \_\_\_\_\_