

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: _____

Padre/Guardián #1

Nombre _____

Relación _____

Idiomas que hablan _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono de Casa/Celular _____

Padre/Guardián #2 o Agencia Contacto las 24 horas

Nombre _____

Relación _____

Idiomas que hablan _____

Teléfono de Casa/Celular _____

Teléfono de trabajo _____

Contacto de Emergencia #1 (NO debe ser Padre o Guardián)

Nombre _____

Relación _____

Idiomas de hablan _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono de Casa/Celular _____

Contacto de Emergencia #2 (NO debe ser Padre o Guardián)

Nombre _____

Relación _____

Idiomas de hablan _____

Teléfono de Casa/Celular _____

Teléfono 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 impresa _____ 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 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. Envié 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:

Cualquieras Restricciones médicas/religiosas Dietéticas

Ninguna _____ o No puede comer: Carne roja _____ Cerdo _____ Productos Lácteos _____ Nueces _____ Mariscos _____ Huevos _____
Otro (describa) _____

Restricciones de Actividad

Ninguna _____ o Restricciones de Actividad: Nadando _____ Caminata _____ Canotaje _____ Deportes _____ Bicleta _____

Actividades Extenuante _____ 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 soplo 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 immunización. **Las inmunizaciones marcadas con estrella (*) deben ser corrientes.** Copias de los formularios de inmunización de su doctor 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
Diphtheria, tetanus, pertussis* (DTaP) o (TdaP)						
Tetanus booster* (dT) o (TdaP) INDICAR FECHA						
Mumps, measles, rubella* (MMR)						
Polio* (IPV)						
Haemophilus influenza type B (HIB)						
Pneumococcal (PCV)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Varicella (chicken pox) <input type="checkbox"/> 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
Antiacídios	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	
Chlorpheneramine 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.

Diagnóstico Medico

Diagnóstico Primario: _____
Diagnóstico Secundario: _____
Tiene el solicitante: (por favor indicar si es aplicable)
 Discapacidad Auditiva Impedimento de Movilidad
 Autismo Discapacidad Desarrollo (Especificar)
 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 Libremente 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 / Communicación

Visión del Kampista es:
 20/20 Parcial Legalmente Ciego
 Usa Anteojos Usa Contactos

Audición:

No tiene problemas para oír Es Sordo Usa audífono

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

Usando 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 adaptativo durante las comidas:

Si No Explique: _____

Comportamiento Sexual Problemático

Nunca A Veces A Menudo

Explique: _____