2027 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 nacimiente_____

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_____

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

Relación_____

Idiomas de hablan_____

Teléfono de trabajo_____

Teéfono de Casa/Celular_____

Padre/Guardián #2 o Agencio Contacto las 24 horas

Nombre_____

Relación_____

Idiomas que hablan_____

Telefono de Casa/Celular _____

Telefono de trabajo_____

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

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.° de identificación del seguro o N.° 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 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 tiemp en el Kampamento. Mantener en el envase/botella original que identifica al medico 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 envié 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 tomario	Cuando se da	Cantidad o dosis dada	Como se da
			□ Breakfast □ Lunch □ Dinner □ Bedtime □ Other Time		
			□Breakfast □Lunch □Dinner □Bedtime □Other time		
			□Breakfast □Lunch □Dinner □Bedtime □Other time		
			□Breakfast □Lunch □Dinner □Bedtime □Other time		
			□Breakfast □Lunch □Dinner □Bedtime □Other time		
			□Breakfast □Lunch □Dinner □Bedtime □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 Extenuante _____Actividades especificas 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 cirugia?	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 professional para problemas emocionales?	Si	No
18.	Alérgico al envenemiento por hiedra?	Si	No	38.	Los últimos 12 meses, vio professional 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 marcads con estrella (*) deben ser corrientes.** Copias de los formularios de inmunizacion de su docto o del gobeirno 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
Dipitheria, 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) □ 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 manajar enfermedades y heridas.
Personal Medico: Cruzar los elementos que el kampista no debe ser dado.

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

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 kampisto Autismo? SI NO
Donde están en el espectro? _____

Discapacidad del Desarrollo

Tiene el/la kampista discapacidad del desarrollo? SI NO
Si es asi 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 audifono

El Habla:
☐ Es dificil 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 asi, porque? _____
_____

Habilidades de Vida

Vestirse
☐Independiente ☐Alguna Asistencia ☐Completa Asistencia

Bañarse:
☐Independiente ☐Alguna Asistencia ☐Completa Asistencia

Usande el Bñno:
☐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: _____
_____
_____