



Camp SEA Lab  
Science, Education & Adventure

# CAMP SEA LAB FORMULARIO DE SALUD

Por favor llene las formas completamente.  
**\*\*FIRMA DE DOCTOR NO SE REQUIERE\*\***

Solo para uso Oficial:  
Information on this form is current.

Initials \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE DE ESCUELA: \_\_\_\_\_

## SECCION 1: INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre del participante (letra del molde)	Edad	Fecha de nacimiento ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero
Etnicidad de participante: <input type="checkbox"/> Afro-Americano(a) <input type="checkbox"/> Asiatico(a) <input type="checkbox"/> Anglo-Americano(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> Nativo Americano(a) <input type="checkbox"/> Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Multi-etnico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Niega a mencionar			
Nombre de padre/guardian(es)	Correo electronico		
Dirección (incluye ciudad y código postal)	Teléfono primario:(circule uno) casa, celular, trabajo ( ) Teléfono secundario: casa, celular, trabajo ( )		

Sí  No Mande información sobre programas y eventos ofrecidos por Camp SEA Lab por correo electronico

## SECCION 2: INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA/ MEDICA

Nombre de contacto de emergencia (1)	Relación	Primario: casa, celular, trabajo ( )	Secundario: casa, celular, trabajo ( )
Nombre de contacto de emergencia (2)	Relación	Primario: casa, celular, trabajo ( )	Secundario: casa, celular, trabajo ( )
Nombre del Médico	Teléfono ( )	Fecha de última examinación: ____/____/____	
¿Tiene cobertura medica el participante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proveedor de aseguransa	Numero de Poliza: Teléfono: ( )	

## SECCION 3: INFORMACION DE DIETA/ ALERGIA Por favor llene cada sección. Use N/A si "no aplica".

Restricción de dieta:  Vegetariano(a)  Vegan  Productos Lacteos  Productos de harina  Otro \_\_\_\_\_

Por favor indique las **comidas, medicamentos, u otras cosas** (insectos/plantas/latex) que causan **una reacción alérgica**. (Si hay mas de dos cosas, por favor escribelas en otro papel.)

Nombre del artículo	Artículo #1:	Artículo #2:
Causa (indique todos que apliquen)	<input type="checkbox"/> ingiere <input type="checkbox"/> tocar <input type="checkbox"/> del ambiente	<input type="checkbox"/> ingiere <input type="checkbox"/> tocar <input type="checkbox"/> del ambiente
¿Puede comer platos hechos en una facilidad que tiene artículos que causan alergia?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no se	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no se
Reacción (marque uno)	<input type="checkbox"/> fatal <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> fatal <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> leve
Describe reacción mas reciente		
Tratamiento(marque los que apliquen) Envie cualquier medicamento que marco	<input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> antihistaminico <input type="checkbox"/> otro _____	<input type="checkbox"/> Epi-pen <input type="checkbox"/> antihistaminico <input type="checkbox"/> otro _____
Describe el tratamiento		

**SECCION 4: HISTORIA DE SALUD**

Por favor llene completament. **\*\*Firma de doctor no se requiere\*\***

¿El participante tiene o ha tenido alguna vez?	Sí	No		Sí	No
Trastornos hemorrágicos/ de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos / hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda/ articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareosen los viajes por mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias temporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algún tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición de orinarse en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Tiene alguna condición de levantarse durante la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lleva lentes o gafa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, explique todos los puntos en que haya marcado **Sí**:

Tiene el participante Un Inhalador?  Sí  No An Epi-pen?  Sí  No

Imunizaciones estan corrientes con la escuela:  Sí  No con el médico aprobado exención médica.

Fecha de última vacuna tetano (TdaP, DTaP, DTP): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  No se

Fecha de ultimo examen de (tuberculosis) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultados:  Negativo  Positivo  No se

Por favor anote cualquier problema de salud que ha tenido el participante en el mes antes de está programa:

Explique si hay restricciones respecto de la actividad:

**SECCION 5: AUTORIZACIÓN** Por favor revise, ponga las iniciales y marque una caja en cada una de las siguientes secciones. Cuando complete el documento por favor firme en la X al final del documento.

**A. AUTORIZACIÓN RESPECTO DE LAS FOTOGRAFÍAS Y LAS ENTREVISTAS:**

Estoy de acuerdo que cualesquiera fotografías y videos tomadas por cualquier miembro del personal de Camp SEA Lab serán propiedad de Camp SEA Lab y podrán ser utilizados por Camp SEA Lab, a su exclusiv o criterio, para cualquier fin publicitario, de marketing y/o promocional, los medios de comunicación social en Internet, y por la presente presto mi consentimiento y autorizo ese uso sin restricciones. También autorizo que los medios de comunicación realicen una entrevista a mi hijo(a) acerca de Camp SEA Lab.  **No estoy de acuerdo Iniciales** \_\_\_\_\_

**B. EMERGENCIA MÉDICA DE CONSENTIMIENTO:**

Condiciones médicas del participante e información establecidos en esta solicitud es completa y correcta. Yo doy permiso para que el personal de Camp SEA Lab para (1) proporcionar los primeros auxilios apropiados para heridas leves; y (2) buscar tratamiento adicional de los médicos locales u hospitales si la condición órdenes médicas. En el caso de que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, yo también doy permiso al médico tratante para examinar, diagnosticar y tratar o asegurar el tratamiento adecuado para el Participante y hospitalizar, y para ordenar inyección y / o anestesia y / o cirugía para la Participante, como el médico determinará adecuada y necesaria en las circunstancias. Estoy de acuerdo en asumir la plena responsabilidad financiera por el costo de cualquier evacuación y / o tratamiento médico que el participante puede recibir. Una fotocopia de esta autorización será tan válida y puede ser aceptado como el original.

Yo certifico que la información medica es correcto y actual y refleja el estado de salud del participante. Yo certifico que he completado total las secciones de este formulario de salud y acepto completa responsabilidad por cualquier error o omisiones. El participante tiene permiso de tomar parte en todas las actividades del programa exepcto lo anotado. Yo entiendo que la información en este fomulario sera compartido si "se necesita informar" con los empleados del programa.

Entiendo perfectamente que el Participante es cumplir con todas las normas que rigen la conducta personal durante todas las actividades. Cualquier violación de estas normas puede dar lugar a que el Participante está enviando a casa a expensas de su padre / madre. Entiendo que no se darán reembolsos para los participantes enviados a casa debido a los procedimientos disciplinarios o enfermedades y que es la responsabilidad de los padres para recoger a un participante envía a casa por tal motivo.

**X** \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre / Guardian del Participante Fecha  
 Nombre de Padre / Guardian (Favor de escribir en letra molde) \_\_\_\_\_