Camp SEA Lab
Science, Education & Adventure

CAMP SEA LAB

NOMBRE DE LA ESCUELA:______________________

RECOMENDACCION DE CUIDADO MEDICO

por un PROFECIONAL CON LICENCIA MEDICA

*HOJA SUPPLEMENTARIA solo para condiciones **severas***

****MÉDICO FIRMA REQUERIDA****

Esta hoja debe de ser entregada con **FORMULARIO DE SALUD** en el primer día de campamento.

Por cualquier **condición medica grave** que puede limitar la habilidad de un(a) niño/niña a participar en actividades del campamento. Esta hoja será completada por un pariente/ guardián del niño/niña y por un profesional con licencia médica 12 semanas antes de atender el campamento.

Una **condición médica grave** es definida por una de las siguientes:

(A) Requiere tratamiento por un profesional medico regularmente;
(B) Continua por tiempo largo, incluyendo episodios singulares de la condición(ej. condición de corazón o espalda, cáncer, dolores de cabeza extremos, asma grave etc.); *o*
(C) Por una condición con episodios cortos que pueden incapacitar (ej. diabetes, epilepsia, etc.).

SECTION 1: Ser completada por un PARIENTE/GUARDIAN y entregada con FORMULARIO DE SALUD a un Doctor

Nombre del Participe (letra de molde)	Edad	Fec. Nac.	Sexo ☐Mas. ☐Fem.
Nombre de Padre(s)/guardián(s)	Email		
Domicilio (ciudad y código postal)	Tel. de Dia ( ) Tel. de Tarde o Celular ( )		

Días cual mi hijo/hija atendrá campamento: de: ____________ (mes/día/año) a: ____________ (mes/día/año)	X ______________________ Firma de Padre(s)/Guardián	____________ Fecha

SECTION 2: To be completed by LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL

Please review the patient's **Camp SEA Lab Health Form** and complete all remaining sections on this form. Attach additional information if needed.

Physical exam done today: ❒Yes ❒No If "No", date of last physical: ______________ *(month/day/year)*

2.1 HEALTH CONDITION

The patient is undergoing treatment at this time for the following conditions:

(more on back)

2.2 MEDICATION

☐ This patient will take **no** medications while at camp.

☐ This patient takes medications as follows:

Med #1 ______________________ Dosage_______________ Specific time taken each day ___________________________

Med #2 ______________________ Dosage _______________ Specific time taken each day ___________________________

Med #3 ______________________ Dosage _______________ Specific time taken each day ___________________________

Does this patient carry: An Inhaler? ❐Yes ❐No An Epi-pen? ❐Yes ❐No

2.3 RECOMMENDATIONS

The patient is recommended to participate in the following camp activities:		Only under the following limitations/restrictions:
Strenuous Walking:	❐Yes ❐No	
Running:	❐Yes ❐No	
Hiking (1-2 mi):	❐Yes ❐No	
Kayaking:	❐Yes ❐No	

Any accommodations that should be made:

2.4 AUTHORIZATION

I have reviewed the patient's **Camp SEA Lab Health Form**, and have discussed the camp program with the patient's parents(s)/guardian(s). It is my opinion that the patient is physically and emotionally fit to participate in an active camp program (except as noted above).

Name of Licensed Medical Professional (please print) ____

Medical License Number#: ________________________________ Telephone Number: ____(______)______-______________

Medical Office Address: ____

Street *City* *State* *Zip Code*

X ____

Signature of Licensed Medical Professional Date