

# INFORMACION IMPORTANTE ACERCA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA IGLESIAS COMPANERAS Y PADRES!!!

Estamos experimentando un incremento en el numero de medicamentos y tratamientos que necesitan los jóvenes y niños durante los campamentos. Los jóvenes y niños que requieren atención especial incluyen condiciones que requieren atención medica especial, atención o cuidado de salud mientras participan del campamento como asma, epilepsia, diabéticos que dependen de insulina, cáncer, fibrosis cística, o alguna otra condición física que lo hace discapacitado. Por favor sea informado que antes de enviar a su hijo o hija con atención medica especial al campamento, como padre, madre, o guardián debe hacer lo siguiente:

1. Por favor marque si su hijo/a tiene cualquiera de las siguiente condiciones medicas:

\_\_Asma Crónica \_\_Desorden de coágulos/sangriento \_\_Epilepsia

\_\_Diabetes \_\_Discapacitado Emocional \_\_Requiere inyección de

\_\_Desorden Nervioso \_\_Discapacitación Física cualquier tipo

\_\_Convulsiones \_\_Problemas Cardiacos

*Si marco alguna de las condiciones en la sección de arriba, por favor llene la* ***Forma de Autorización para Procedimiento de Atención Medica Especial****.*

* Por favor lea la pagina de **“Como mandar los medicamentos al Campamento”.**
* Si su hijo/a es Diabético tipo I, es necesario que mande las siguientes cosas para su hijo/a puede ir al campamento:
  1. Ordenes medicas del Doctor/a apuntadas en la Forma de Tratamiento Especial y Firma del Doctor/a
  2. Pluma con glucagón (No excepciones)
  3. Insulina/ Jeringas
  4. Glucogel o tabletas de Glucosa
  5. Glucometro/Tiras/Lanceta
  6. Consentimiento escrito de Padre o Madre si su hijo/a se administrara las inyecciones por si mismo/a con su firma en Forma de Tratamiento Especial.
* Si su hijo/a requiere cualquier atención medica especial para ir al campamento, la **Forma de Tratamiento Especial deberá ser completada y firmada por usted y el Doctor/a de su hijo/a**. Además, por favor llámenos a Forest Home al 909-389-2300 y pregunte por el Supervisor de Primeros Auxilios para asegurarse que podemos atender a su hijo/a ANTES de mandarlo al campamento.
* No damos inyecciones para alergia o para crecer las hormonas en el campamento.

**Por favor revise y lea “Como mandar los medicamentos al campamento”** exacto como esta escrito, específicamente como mandar cada tipo de medicación que su hijo/a pueda necesitar durante su tiempo en el campamento

Revised 01/23/2015



# Como mandar los medicamentos al Campamento

##### Queridos Padres,

Para poder ayudar a manejar las necesidades medicas de su hijo/a durante el campamento le estamos proveyendo con los requisitos concernientes a la distribución de medicación de una manera clara y concisa de Forest Home. Si tiene preguntas, por favor contacte a Paula Buchanan, supervisora de primeros auxilios al 909-389-4326 o [firstaid@foresthome.org.](mailto:firstaid@foresthome.org) Apreciamos su colaboración en ayudarnos a mantener una entrega segura de los medicamentos para todos los a campantes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicaciones sin receta medica: Incluye vitaminas, suplementos, pastillas para la tos, pastillas herbales, y medicación para el dolor.** | La medicación debe estar en el contenedor original como lo compro con la dosis en la etiqueta original. La etiqueta original es nuestra guía. **NO** escriba en la etiqueta. | Su Doctor puede escribir una dosis diferente a seguir separadamente. De otra manera la dosis en la etiqueta original **DEBE** ser usada. La edad de su hijo/a debe estar incluida en la etiqueta con la dosis. No podemos usar notas hechas por los padres para |
| **Medicaciones Prescritas:**  **Pastillas, líquidos, polvos, y cremas que se tragan o se aplican.** | La medicación debe estar en el contenedor **ORIGINAL** como lo compro con la dosis en la etiqueta original, que incluye el nombre de su hijo/a y las instrucciones para la dosis en la etiqueta. **NO** escriba en la etiqueta. | Su Doctor puede escribir una dosis diferente a seguir separadamente. De otra manera la dosis en la etiqueta original **DEBE** ser usada. La edad de su hijo/a debe estar incluida en la etiqueta con la dosis. No podemos usar notas hechas por los padres para cambiar la orden del Doctor. |
| **Medicaciones Prescritas:**  **Inyecciones – insulina y plumas con glucagón**  *Por favor note que no podemos administrar hormonas de crecimiento o inyecciones para alergias* | La medicación debe estar en el contenedor **ORIGINAL** (vial) con la etiqueta de la farmacia, que incluya el nombre de su hijo/a y las instrucciones para la dosis en la etiqueta. **NO** escriba en la etiqueta. | Las Inyecciones requieren que la **Forma de Autorización para Necesidades Especiales** se llenada y firmada por el Doctor. Especifique la alergia si es para la pluma de glucagón. **Su hijo/a puede cargar la pluma, pero nosotros debemos tener la etiqueta durante el campamento.** |
| **Medicaciones Prescritas:**  **Inhalador y Nebulizador** | La medicación debe estar en el contenedor **ORIGINAL**  con la etiqueta de la farmacia (en la caja), que incluya el nombre de su hijo/a y las instrucciones para la dosis en la etiqueta. **NO** escriba en la etiqueta. | Su Doctor puede escribir una dosis diferente a seguir separadamente. De otra manera la dosis en la etiqueta original **DEBE** ser usada. No podemos usar notas hechas por los padres para cambiar la orden del Doctor. **Su hijo/a puede cargar el inhalador, pero nosotros debemos tener la etiqueta durante el campamento.** |

**Medicaciones que no se aceptaran:**

* Bolsas con pastillas sueltas
* Contenedores de Domingo- Sábado con pastillas sueltas
* Inhaladores o plumas con glucagón sin etiqueta
* Cualquier medicamento prescrito sin la etiqueta de la farmacia

*\*Su Farmacia le puede imprimir una etiqueta si la ha perdido.*

 Revised 01/23/2015



**REGISTRACION DE JOVENES PARA MINISTERIOS AFUERA NUESTRO LUGAR**

De acuerdo con la Asociación Americana de Campamentos y las Leyes del Estado de California, debemos tener una Forma de Consentimiento Médico / Historial de Salud completado y firmado por el padre o tutor legal para cada campista menor de 18 años asistiendo a Forest Home. Su campista no puede comenzar el programa a menos que este formulario se complete y se proporcionen las firmas requeridas. Tenga en cuenta que Forest Home NO proporciona cobertura de seguro médico o hospitalario.

Nombre Edad Fecha de Nacimiento Sexo Altura Peso Dirección Ciudad Estado Código Postal

• •

Correo Electrónico Fecha de Campamento\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_- \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Nombre de Iglesia / Grupo *El estado del campero: \_\_\_*Camper o\_\_\_Voluntario Grado: \_\_\_ (*Para campamentos de Verano, indique el grado de otoño*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre (s) de el Padre o Guardián Teléfono de día ( ) Teléfono de tarde ( ) Teléfono Celular ( ) Contacto de Emergencia (otra persona además de Padres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relationship to Camper Phone ( )

*\_\_\_\_Marque aquí si no le gustaría que Forest Home tomara fotos de su hijo/a que serian usados para nuestro sitio de web o materiales que promueven nuestro campamento.*

*\_\_\_\_ Marque aquí si no le gustaría recibir actualizaciones de Forest Home, ya que nos gusta mantener a nuestros campistas y voluntarios al tanto de noticias en Forest Home.*

**FORMA DE CONSENTIMIENTO MEDICO *INFORMACION MEDICA REQUERIDA:***

Forest Home REQUIERE esta información para proveer cuidado medico apropiadamente en caso de enfermedad o accidente durante el campamento. Forest Home esta comprometido a proteger la confidencialidad de esta información.

• •

Tiene aseguranza medica familiar o aseguranza para hospital? ***Si No***

Nombre de Aseguranza # de Póliza Nombre de Persona responsable Dirección Teléfono(\_\_\_) Relación al Campante Nombre del Doctor Teléfono( ) Nombre del Dentista/ Ortodontista Teléfono ( ) En las ultimas 3 semanas, a sido el camper expuesto a cualquier enfermedad transmisible?

Si su hijo/a tiene cualquier condición medical, emocional, física, o de comportamiento que incluye: Asma, sangriento/coágulos de Sangre, Problemas Cardiacos, Diabetes, Desorden Emocional, Epilepsia, Ataques de Nervios, Discapacidad Física, Ataques, o requiere inyecciones de cualquier tipo la forma de **Procedimiento de Necesidades Especiales o Procedimiento de Forma de Autorización para Necesidades Especiales Medicas deben ser entregadas a mas tardar 2 semanas enters de la fecha del campamento.** Si su hijo/a con necesidades especiales llega al campamento sin esta comunicación proactiva, Forest home alomejor no podrá cuidar de sus necesidades, y su hija/o sera mandado de regreso a su casa.

Lista de condiciones medicas, física, emocional, discapacitación de aprendizaje, desorden en su comportamiento

Liste TODA Alergia: Comida

Drogas

Insectos/Plantas Restricciones de Dieta

Liste los medicamentos que el camper tendrá que tomar y la razón por la que debe tomar la medicina

**IMMUNISACIONES: *Llene la información de abajo, o incluya una copia de las inmunizaciones recientes de su hijo/a***

CREENCIAS PERSONALES AFFIDAVIT  
Por la presente solicito la exención de este niño de los requisitos de inmunización para la entrada al campamento porque todas o algunas inmunizaciones son contrarios a mis creencias. Entiendo que en caso de un brote de alguna de estas enfermedades, el niño puede ser excluido temporalmente de atender para su propia protección.

Firma del Padre: Fecha:

1. Están al tanto todas la inmunizaciones: •***Si*** •***No***
2. Polio (OPV or IPV) Fecha:
3. DTP/DTap/DT/TD (Diphtheria, Tetanus and

Acellular Pertussis or Tetanus and Diptheria only) Fecha:

1. MMR (Measles, Mumps, Rubella) Fecha:
2. Hepatitis B Fecha:
3. Varicella (Chicken Pox) Fecha:

***Por Favor Firme La siguiente Pagina***

Todos los medicamentos recetados, medicamentos sin receta, vitaminas y productos herbales que se proporcionan a los Primeros Auxilios o al personal de viaje para administrar a su hijo deben estar en envases ORIGINALES con etiquetas y instrucciones de dosis en inglés. Las personas que requieren inyecciones deben proporcionar medicamentos, jeringas e instrucciones escritas firmadas por el médico.

Top of Form

Bottom of Form

Al firmar este formulario doy mi consentimiento informado al personal de primeros auxilios asignado por Forest Home, Inc., que están certificados en un mínimo de CPR y primeros auxilios por un proveedor reconocido a nivel nacional para proporcionar medidas básicas de primeros auxilios y comodidad a través de procedimientos estandarizados de tratamiento de campamento Que incluye el uso de medicamentos de venta libre. Entiendo que es mi responsabilidad hacer arreglos para un campista con mayores necesidades de cuidado de la salud que el personal de primeros auxilios puede proporcionar dentro de sus certificaciones individuales, licencias y ámbitos de práctica. Autorizo ​​a Forest Home, Inc. a arreglar o proporcionar cualquier transporte relacionado necesario al centro médico más cercano para tratamiento médico urgente o de emergencia si se indica, y asumo toda la responsabilidad del pago por dicho tratamiento. Por la presente doy permiso al médico seleccionado por Forest Home, Inc. para asegurar y administrar todo y cualquier tratamiento médico que se considere necesario para mi hijo, incluyendo la hospitalización. Este formulario puede ser fotocopiado para viajes fuera de las propiedades de Forest Home, Inc.  
Autorizo ​​el uso de los siguientes medicamentos genéricos sin receta según las indicaciones de las etiquetas proporcionadas por el fabricante para mi hijo: analgésicos, gotas para la tos, antiácido, ungüento antibiótico, crema de hidrocortisona, crema para quemar, lavado con ayuda de bandas, piel antiséptica Y limpiadores de heridas, líquidos de reemplazo de electrolitos, con la excepción de. Entiendo que estos son abastecidos y dispensados ​​por el personal de primeros auxilios de forma gratuita, según sea necesario para la comodidad de mi hijo.  
He solicitado a Forest Home, Inc. que permita que mi hijo / a participe en todas y cada una de las actividades que pueden incluir, pero no se limitan a las que se describen en el folleto y el sitio web del campamento. Como condición para recibir este beneficio, por la presente acepto lo siguiente: Entiendo que la participación de mi hijo en estas actividades puede exponerlo a peligros de riesgos conocidos e imprevistos. Reconociendo que tales riesgos existen, yo en nombre de mi, de mi niño y de cualquier otra parte que pueda tener el derecho de afirmar cualquier derecho para o en nombre de mi niño, por este medio de la presente para liberar y exonerar, , Sus afiliados, oficiales, directores, agentes, empleados, aseguradores, sucesores en interés, abogados o cualquier otra persona o personas asociadas con cualquiera o todos los que podrían ser responsables (las "Partes Exoneradas") contra y contra cualquiera Demandas, pérdidas, daños, gastos, costos o responsabilidad (colectivamente, "Pérdidas") que surjan de o en conexión con la participación de mi hijo en el campamento de Forest Home, Inc. y sus actividades, Incluidas las Pérdidas derivadas de la negligencia de cualquiera de las Partes Exoneradas, ya sea que dichas Pérdidas se presenten en relación con lesiones corporales (incluyendo muerte), daños a la propiedad o de otra manera (colectivamente, las "Reclamaciones Liberadas"). Las Reclamaciones Liberadas incluyen Pérdidas derivadas de cualquier condición de los locales en los que se llevan a cabo las actividades del campamento o la conducta de cualquier persona relacionada con la preparación, supervisión o realización de cualquier actividad, ya sea planeada o no planificada. En caso de que se informe de abuso infantil mientras su campista está en Forest Home, podemos cooperar plenamente con los Servicios de Protección Infantil y la Aplicación de la Ley para el mejor interés del niño.  
Además, entiendo y reconozco que hago este lanzamiento en pleno acuerdo y satisfacción de y en el compromiso de cualquier y todas las reclamaciones liberadas. Yo represento y reconozco que he leído y entiendo esta forma y la liberación concedida arriba y garantizo que todas las declaraciones hechas aquí son verdaderas a mi mejor saber y entender. He leído y entiendo todo este formulario y al firmar abajo acepto los términos de este documento

**Firma de Padre o Guardián Fecha**

**Historial Medico General: *REQUERIDO: Circule "SI" o "NO" para cada pregunte.***

11. ¿Tenía desmayos o mareos? SI/ NO

12. ¿Ha tenido dolor torácico durante el ejercicio? SI/ NO

13. ¿Tuvo mononucleosis durante los últimos 12 meses? SI/ NO

14. Si es mujer, ¿tiene problemas con los períodos menstruales? SI/ NO

15. ¿Tiene problemas para quedarse dormido / sonambulismo? SI/ NO

16. ¿Alguna vez tuvo problemas de espalda / articulaciones? SI/ NO

17. Tiene un historial de enuresis? SI/ NO

18. ¿Tiene problemas con diarrea / estreñimiento? SI/ NO

19. ¿Tiene algún problema en la piel? SI/ NO

20. A viajado fuera de los E.U. en los ultimos 9 meses? SI/ NO

El acampante a:

1. Sido Hospitalizado/a? SI/ NO

2. A tenido Cirugia? SI/ NO

 3. Tiene alguna enfermedad chronica? SI/ NO

4. A tenido reciente una enfermedad infectuosa? SI/ NO

5. A tenido golpes? SI/ NO

6. Tenia asma/corto de respiracion? SI/ NO

 7. Tiene diabetis? SI/ NO

8. Tiene ataques epilepticos? SI/ NO

9. Tiene Dolores de cabeza? SI/ NO

**Por favor explique las preguntas que circulo como “SI” en la parte de abajo, con el numero de cada pregunta. Si viajo afuera de la nación, por favor nombre los países que visito, y las fechas de viajes. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**