



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

NO POR CORREO
POR FAVOR TRAIGA EL
IMPRESO AL CAMPAMENTO
EL DIA DE REGISTRACIÓN

YMCA CAMPISTA—IMPRESO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre de campista: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Age: ____ Sex: ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zip: _____ Teléfono: _____
Casa

Padre/Guardian 1 Nombre: _____ Trabajo: _____ Mobil: _____

Padre/Guardian 2 Nombre: _____ Trabajo: _____ Mobil: _____

Correo Electronico de la Familia: _____

Contacto en caso de emergencia : _____ Teléfono: _____

Inmunización Historia Son todas las inmunizaciones al tanto? ☐ Sí ☐ No Fecha de la última vacuna antitetánico: ____/____/____

Información Medica

Médico familiar: _____ Teléfono: _____ Día del ultimo examen físico: ____/____/____

Empresa de seguro médico : _____ Número de póliza y/o grupo _____

Pasado o presente (por favor chequear). Si Sí para opciones con asterisco (*), hay que completar una Autorización Médica (al revés)

Actualmente en tratamiento médico* ☐ Sí ☐ No	ADD/ADHD ☐ Sí ☐ No	Piojos (recientemente) ☐ Sí ☐ No
Defecto/Enfermedad de la corazón* ☐ Sí ☐ No	Autismo ☐ Sí ☐ No	Varicela ☐ Sí ☐ No
Hospitalización Reciente* ☐ Sí ☐ No	Síndrome asperger ☐ Sí ☐ No	Sarampión ☐ Sí ☐ No
Asma* ☐ Sí ☐ No	Mojar la cama/enuresis ☐ Sí ☐ No	Rubéola ☐ Sí ☐ No
Convulsiones* ☐ Sí ☐ No	Sonambulismo ☐ Sí ☐ No	Otras enfermedades/condiciones ☐ Sí ☐ No
Diabetes* ☐ Sí ☐ No	Tuberculosis ☐ Sí ☐ No	

Para cada ✓ Sí, por favor explica: _____

Alergias: Picaduras de abeja ☐ Sí ☐ No requiere epipen? ☐ Sí ☐ No	Alergias de comida ☐ Sí ☐ No Lista _____	Roble Venoso ☐ C ☐ No	Penicilina ☐ Sí ☐ No
Otros insectos/animales ☐ Sí ☐ No Lista _____	Alergias llevada por el aire ☐ Sí ☐ No Lista _____	Alergia al polen ☐ Sí ☐ No	Otras drogas ☐ Sí ☐ No Lista _____

Restricciones Dietéticas? ☐ Sí ☐ No

Hay alguna razón para restringir participación total incluyendo nadar, caminatas largas, juegos físicos/arduos? ☐ Sí ☐ No

Hay condiciones mentales o psicológicas que requieren consideración especial o restricciones? ☐ Yes ☐ No

For each ✓ Yes, please explain: _____

Medicaciones Actuales: para continuar en el campamento: *(use páginas adicionales si las necesitara)*

Nombre de Med, Dosis _____ (frecuencia) Desayuno, Almuerzo, Cena, Acostar, Segun sea necesario, Otra _____

Nombre de Med, Dosis _____ (frecuencia) Desayuno, Almuerzo, Cena, Acostar, Segun sea necesario, Otra _____

Nombre de Med, Dosis _____ (frecuencia) Desayuno, Almuerzo, Cena, Acostar, Segun sea necesario, Otra _____

Inhaladores o Epipens traídos a campamento? Escribe para que y instrucciones _____

Otras Instrucciones de Medicación para el personal del Centro de Salud : _____

Medicaciones sin Receta Autorizo las siguientes medicaciones o la equivalente de marca blanca para administrar segun sea necesario:

Caramelos para la tos ☐ Sí ☐ No Metamucil ☐ Sí ☐ No Pepto Bismol ☐ Sí ☐ No Jarabe para la tos ☐ Sí ☐ No

Acetaminophen (Tylenol) ☐ Sí ☐ No Benadryl ☐ Sí ☐ No Ibuprofen (Advil) ☐ Sí ☐ No Hydrocortisone ☐ Sí ☐ No

Origen étnico ☐ Negro/Africano Americano ☐ Asiático/Nativo de la Polinesia ☐ Hispanico/Latino
(solo para informes estadísticos) ☐ Blanco/Caucásico ☐ Americano Nativo ☐ Otro: _____

Exención de Responsabilidad: Yo, el/la padre/persona abajofirmante teniendo custodia/guarda del menor susodicho de arriba, le permito participar en el programa del YMCA descrito arriba. El menor es capaz físicamente y preparado mentalmente a participar en todas las actividades como son descritas en el anuncio para el programa. En consideración del menor susodicho ser permitido a entrar en cualquiera rama del YMCA de San Diego County ("YMCA") para observación, el uso de las instalaciones y/o el equipo, o participación en la arriba o cualquier programa, yo, en nombre de mi mismo (como padre, tutor, entrenador, asistente, espectador, o participante) por la presente: 1. Acepto que (i) he leído este documento, (ii) he tenido la oportunidad de inspeccionar las instalaciones y el equipo del YMCA, (iii) los acepto como seguros y adecuados para los propósitos designados y (iv) firmo este documento por voluntad propia. 2. Renuncio el YMCA, sus directores, oficiales, empleadas, y voluntarios (colectivamente, "Partes Exoneradas") de todas las responsabilidades hacia yo para cualquiera pérdida o daño a la propiedad o injuria o muerte a la persona, si sea causada por las Partes Exoneradas o otra parte y mientras tal menor está en o cerca de cualquiera rama del YMCA. 3. Accedo a no demandar a las Partes Exoneradas por cualquiera pérdida, daño, injuria, o muerte descrito arriba y indemnizaré y mantendré inofensivas las Partes Exoneradas y cada una de ellas de cualquiera pérdida, responsabilidad, daño o cuesta que pueda incurrir debido a la presencia del menor susodicho en o cerca de la rama YMCA; si sea causada por la negligencia de las Partes Exoneradas. 4. Assumo responsabilidad total por, y el riesgo de, injuria del cuerpo, la muerte, o daño de propiedad debido a la negligencia de Partes Exoneradas o de otra manera. 5. Por la presente, sí autorizo al YMCA como agente del abajofirmado, a consentir con respecto al menor susodicho, a cualquier diagnóstico o tratamiento radiográfico, analgésico, médico, dental, o quirúrgico, y el cuidado hospital que se considerada recomendable por, y es prestada bajo la supervisión general o especial de, cualquier médico o cirujano autorizado bajo las provisiones del California Medical Practice Act para los empleados medicos de cualquier hospital, si tal diagnóstico o tratamiento es prestado en la oficina del medico o al hospital, entiendo que el YMCA no es responsable por las costas incurridas para la atención médica. Tengo la intención que este documento sea tan general y inclusive como es permitido por las leyes del estado de California; en caso de que alguna sección aquí fuera nula, afirmo que las restantes permanecerán en vigencia plena.

Inspección de Maletas: Acepto que se puede inspeccionar las pertenencias de un participante en el campamento sin la presencia del participante, en búsqueda de drogas, alcohol, armas, o otros objetos prohibidos.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____

Permiso de fotografía: Permiso al YMCA de San Diego County usar mi foto o otro parecido, o una foto o otro parecido de alguno de mis hijos en la publicidad general y los materiales de campaña del YMCA.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____

Este impreso continua al otro lado.



**COMPLETA ESTA SECCIÓN SI EL PARTICIPANTE ESTÁ ACTUALMENTE
BAJO EL CUIDADO MÉDICO O UNA *OPCION CON ASTERISCO ESTÁ
MARCADA EN EL OTRO LADO DE ESTE IMPRESO.**

Nota: Se requiere una autorización escrita por un médico solamente si el participante tenga una historia de asma, cardiopatía, convulsiones, diabetes, haya estado recién hospitalizado, o es actualmente bajo del cuidado médico. Si es así, completa esta sección.

Examen de Salud por Médico Autorizado

Nombre de participante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____

Nombre de padre: _____

Debido a la historia médica de este campista, hemos pedido su autorización escrita antes de que participe en el Campamento del YMCA. Por favor se dé cuenta que el campamento está ubicado en o un entorno montañoso (a una altura de 4300 pies) o un entorno frente al mar. Los programas son muy activos y arduos con caminatas, juegos, nadar, y actividades del campamento. Se agradece su cuidadosa consideración.

He examinado al criatura nombrado en este impreso dentro de los últimos dos años. Fecha de examinación: ____/____/____

Después de una examinación y un análisis de su historia médica, es mi opinion que esta persona es apto físico para participar en actividades del campamento, except como se nota abajo.

Estatura: _____ Peso: _____ Presión alterial: _____

Es el candidato bajo del cuidado médico para alguna condición? ☐ Sí ☐ No Por favor explica: _____

Hay actividades específicas para promover o limitar por el consejo del médico? _____

Hay un plan de comida recetada o restricciones dietéticas? _____

Hay tratamiento o medicaciones para continuar en el campamento (por favor dar dosis específicas)? _____

Hay alergias? (Comida, drogas, plantas, insectos, etc) : _____

Otra información médica: _____

Médico autorizado: _____ Fecha: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ Fecha de completar el impreso: ____/____/____ Por: _____

YMCA Overnight Camps Marston | Surf | Raintree
PO Box 2440, Julian, CA 92036
T 760 765 0642 F 760 765 0183
E camp@ymca.org W ymca.org/camps