

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DEL CAMPAMENTO DE VERANO 2024

Este campamento es una asociación entre Luther Springs Camp & Retreat Center y su congregación local. Queremos brindarle a su hijo la mejor semana posible en el campamento, incluyendo el crecimiento espiritual, físico y social.

Por favor, complete cuidadosamente este formulario. Los formularios de salud deben entregarse al coordinador del campamento a más tardar la primera mañana del campamento diurno.

Cada niño debe completar este formulario. Si no lo completa, no será aceptado en el campamento.

Nombre completo del niño (a) _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Niño Niña

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de los padres o guardián _____

Email: _____

Teléfono-casa (____) _____ Teléfono-trabajo (____) _____ Teléfono-personal (____) _____

Si no le podemos contactar, número de emergencia : _____

Relación: _____

Teléfono-casa (____) _____ Teléfono-trabajo (____) _____ Teléfono-personal (____) _____

Nombre del médico del niño (a): _____ Teléfono (____) _____

Información del Seguro médico:

LUTHER SPRINGS y la congregación local tienen un seguro secundario contra accidentes. El padre / tutor legal es responsable de todos los cargos asociados con un accidente o enfermedad.

Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____

Póliza #: _____ Teléfono: _____

Nombre del dueño de la póliza: _____

Seguridad Social # _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorización médica

Este campamento es una asociación entre Luther Springs Lutheran Outdoor Ministries (LUTHER SPRINGS) y la congregación local mencionada anteriormente. El abajo firmante, como padre / tutor legal del campista, autoriza a LUTHER SPRINGS y a la congregación local, sus líderes delegados, directores y personal médico que han seleccionado a dar su consentimiento para cualquier atención médica / hospitalaria que se considere necesaria. Doy mi consentimiento para que se entregue este formulario de examen e historial médico a la sala de emergencias, el hospital o el consultorio médico que brinde atención. Los líderes de los campamentos se esforzarán, pero no están obligados, a comunicarse conmigo antes del tratamiento. El abajo firmante libera a LUTHER SPRINGS y la congregación local, y sus líderes y directores designados de cualquier responsabilidad y reclamo que surja de cualquier consentimiento otorgado de buena fe en relación con el diagnóstico o tratamiento. También autorizo a Luther Springs y / o Lutheran Outdoor Ministries of Florida a utilizar fotografías de mi hijo en formularios publicitarios futuros. El abajo firmante certifica que tiene plena autoridad para firmar esta Liberación y Autorización. Este formulario completado se puede fotocopiar para viajes fuera del sitio.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

HISTORIAL DE SALUD

Describa cualquier condición de salud física, mental o psicológica actual que requiera medicación, tratamiento, restricciones o consideraciones especiales en el campamento:

Actividades de las que el campista debería estar exento por motivos de salud u otros:

Alergias: enumere las alergias (alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, etc.):

Asma: Severa Moderada Poca ¿Causantes? _____

Restricciones nutricionales / dietéticas:

¿Diabetes? No Yes

Medicamentos para campistas:

Un botiquín de primeros auxilios estará presente en todo momento. Contiene los siguientes medicamentos: Tylenol, Motrin, Medicamentos para el resfriado y Antiácidos / Antidiarreicos. ¿Puede su hijo recibir estos medicamentos si es necesario?

Sí **No** **Comentarios:** _____

SI SU HIJO NECESITA LLEVAR ALGÚN MEDICAMENTO PARA TOMAR DURANTE LAS HORAS DEL CAMPAMENTO, POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. Todos los medicamentos (incluidas aspirinas, vitaminas) deben registrarse con el coordinador local al llegar.

Doy mi permiso para que el coordinador local o voluntario de la iglesia designado conserve y administre los siguientes medicamentos:

Nombre del Medicamento. _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Nombre del Medicamento. _____ Dosis _____ Frecuencia _____

¿Alguna información especial sobre este medicamento?

Firma _____ Fecha _____