



A retreat for children with life-threatening illnesses and their families

Formulario de Historia Médica

Por favor complete páginas 1 y 2 de este formulario para cada persona que va a asistir aparte del campista. La información debe ser llenada por un padre/tutor para todos los menores. Cualquier cambio en este formulario deber ser proporcionado al personal de Camp Sunshine antes de la llegada.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____ Género: _____

Padre/tutor (si aplica) _____

Nombre (completo) como desearía que esté en la tarjeta de identificación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información del Seguro

¿El participante está cubierto por el seguro médico/hospital familiar? si no
Compañía o nombre del plan _____ No. de póliza _____ No. de grupo _____

Medicamentos

Por favor indique todos los medicamentos que toma rutinariamente. Traiga suficiente medicación para que dure toda la sesión del campamento. Mantenga todos los medicamentos en sus paquetes/botellas originales que identifica que son medicinas bajo receta.

Med #1 _____ Dosis _____ Horas específicas que se toma cada día _____
Razón para tomar _____

Med #2 _____ Dosis _____ Horas específicas que se toma cada día _____
Razón para tomar _____

Med #3 _____ Dosis _____ Horas específicas que se toma cada día _____
Razón para tomar _____

Preguntas Generales (Explique las respuestas "si")

1. ¿Recientemente ha tenido una lesión, enfermedad, o enfermedad infecciosa? si no
2. ¿Tiene una enfermedad/condición crónica recurrente? si no
3. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? si no
4. ¿Alguna vez le han hecho cirugía? si no
5. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza? si no
6. ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento? si no
7. ¿Alguna vez se ha desmayado durante el ejercicio? si no
8. ¿Alguna vez se ha mareado durante el ejercicio? si no
9. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión? si no
10. ¿Alguna vez ha sentido dolor del pecho durante o después de hacer ejercicio? si no
11. ¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta? si no
12. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con un soplo en el corazón? si no
13. ¿Tiene diabetes? si no
14. ¿Tiene asma? si no
15. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno de alimentación? si no
16. ¿Alguna vez ha tenido dificultades emocionales para las cuales buscó ayuda profesional? si no

Por favor explique las respuestas "si", indicando el número de la pregunta: _____

Nombre _____

Alergias Describa la reacción y como se manejó la reacción

Alergias a medicamentos (lista)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a alimentos (lista)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Otras alergias (lista)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Restricciones en la Alimentación

- No come puerco No come huevos No come lácteos
 Otro (describa) _____

Explique cualquier restricción en las actividades (ej. Lo que no puede hacer, que adaptación o limitación es necesaria)

Utilice este espacio para proporcionar cualquier información adicional sobre el comportamiento del participante, la salud física, emocional que el campamento debe tener conocimiento: _____

A lo mejor de su conocimiento, ¿cuál de lo siguiente ha tenido el participante?

- Varicela Sarampión Rubéola Paperas Hepatitis A Hepatitis B
 Hepatitis C Resultado de la prueba de Mantoux, examen de tuberculosis: Positivo Negativo

Nombre del médico familiar: _____ Teléfono _____

*(NO NECESITA LA FIRMA DEL MÉDICO)

Autorizaciones del Padre/Tutor/Adulto: Este historial de salud es correcta y completa hasta donde sé. La persona descrita aquí tiene permiso para involucrarse en todas las actividades del campamento como está señalado.

Firma del padre/tutor o campista adulto que tiene la custodia _____

Nombre en imprenta _____ Fecha _____

Si el formulario del historial médico es para usted como adulto miembro de la familia o persona de apoyo, por favor complete la sección a continuación:

Por la presente doy permiso al personal médico de Camp Sunshine a proporcionar tratamiento de emergencia y primeros auxilios para la persona descrito aquí. Además comprendo y acepto que soy responsable de todos los gastos médicos.

Firma del campista adulto _____

Nombre en imprenta _____ Fecha _____