



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: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre)  
 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* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Piojos (recientemente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Defecto/Enfermedad de la corazón* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Varicela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hospitalización Reciente* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Síndrome asperger <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarampión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mojar la cama/enuresis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rubéola <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sonambulismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras enfermedades/condiciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Para cada ✓ Sí, por favor explica: \_\_\_\_\_

<b>Alergias:</b> Picaduras de abeja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No requiere epipen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias de comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista _____	Roble Venoso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Penicilina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros insectos/animales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista _____	Alergias llevada por el aire <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lista _____	Alergia al polen <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras drogas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Metamucil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pepto Bismol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Jarabe para la tos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Acetaminophen (Tylenol) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Benadryl <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofen (Advil) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hydrocortisone <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**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 arterial: \_\_\_\_\_

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