



Camp Whittier

Campista Formas de Registro Verano 2012



Información de Campista

Apellido _____ Nombre _____ Edad en fecha Julio 2012 _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento _____

Primaria Guardian Información

Nombre _____ #de teléfono _____ #de teléfono alterno _____

Correo Electronico _____

Dirección _____ Ciudad _____ código postal _____

Contacto de Emergencia

Nombre de Padre/Guardian secundario _____ #de teléfono _____ # de teléfono alterno _____

Nombre de Adulto Alterno _____ #de teléfono _____ # de teléfono alterno _____

<p>Para cual sesión(es) se esta registrando?</p> <p><input type="checkbox"/> Sesión 1: Lunes, Julio 9 a 13</p> <p><input type="checkbox"/> Sesión 2: Lunes, Julio 16 a 20</p> <p><input type="checkbox"/> Sesión 3: Lunes. Julio 23 a 27</p>	<p style="text-align: center;">INFORMACIÓN DE PAGO:</p> <p>Un deposito de \$100.00 es necesario para asegurar el lugar de se campista.</p> <p>Costó Total Por Sesión(es): \$ _____</p> <p>Total Incluido: \$ _____</p> <p>Saldo Que Se Debe Antes de 6/29/12 \$ _____</p> <p>Forma de Pago:</p> <p><input type="checkbox"/> Cheque/Money Order (<i>made payable to Camp Whittier</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy Solicitando Asistencia Financiera (Solicitud de Campista incluida)</p> <p>Mande por correo todas las formas y pago: Camp Whittier 2400 Hwy. 154 Santa Barbara, CA 93105</p>
---	--

Usted sabia que al venir al campamento puede enseñar Tolerancia.

Viviendo en un grupo, campistas aprenden a aceptar sus diferencias. Sin tener en cuenta raza, religion o creencias, Niños viven juntos (con supervision) y descubren que a pesar de sus diferencias , ellos en realidad son todos igual. Por medio de estas diferencias aceptadas, tolerancia se convierte parte de su vida, una habilidad muy necesitada en el mundode hoy.

Campista Encuesta

Es su campista miembro de United Boys & Girls Clubs de el Condado de Santa Barbara? Si No

Si la respuesta es "Si", cual? _____

Etnicidad del campista _____ Nota: Esta información es solamente para el proposito de estadísticas

Que es lo que su campista esta esperando en el campo camp What is your camper looking forward to at camp?

Tiene su campista algun temor o ansiedad de ir al campo? Si No

Si es "Si", porfavor explicarse _____

CODIGO DE CONDUCTA DE CAMPISTA

PADRES: Las siguientes son las reglas esperadas por los campistas de Camp Whittier durante su sesión en el campamento. Porfavor lea completamente el Codigo de Conducta con su hijo/hija antes de que el campamento comienze.

Mientras este en Camp Whittier yo prometo::

★Ser un miembro responsable de la comunidad delcampo.	★Resolver diferencias en una forma respetuosa
★Ser considerado y respetuoso de los sentimientos y deseos de los demas.	★Protejer el medio ambiente

ALERGIAS	Porfavor listar todas las alergias conocidas, incluyendo reacciones y tratamiento que se debe dar:
<input type="checkbox"/> No alergias conocidas <input type="checkbox"/> Alergias a Comida <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Medio Ambiental/Clima <input type="checkbox"/> Otro	
DIETA Y NUTRICIÓN	Porfavor marcar todo lo que apliqué, sea especifico para poder satisfacer a su campista lo mejor de nuestra habilidad.
<input type="checkbox"/> Campista come una dieta normal <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Otra(sea especifico): _____	
HISTORIA MEDICA	Tiene el campista historia de alguno de lo siguiente? Marca todo lo que apliqué:
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cirujia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Caminar Dormido <input type="checkbox"/> Enfermedad Cronica <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Desabilidad Fisica <input type="checkbox"/> Mojar Cama <input type="checkbox"/> Problemas de Corazon <input type="checkbox"/> Otra (sea especifico): _____ Porfavor explique cualquier marca arriba::	
Algunas restricciones en el campista mientras este en el campamento? Si la respuesta es Si, porfavor explique: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
SALUD EMOCIONAL Y MENTAL	El campista a sido diagnosticado o tratado por alguno de lo siguiente?
<input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> AD/HD <input type="checkbox"/> Anciedad <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> OCD <input type="checkbox"/> ODD <input type="checkbox"/> Desorden de comer <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Desorden de Desarrollo <input type="checkbox"/> Otro psiquiátrico (sea especifico): _____ Please explain any items checked above:	
El campista visita un profesional medico mental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Algun hogar, familiar, o experiencia en su vida or circunstancia del campista que el personal del campamento deba saber? Porfavor explique:	
Alguna Otra Cosa?	

CONSIENTA A TRATAMIENTO

Esta historia de la salud es correcta hasta donde sé, y la persona en esto descrito tiene permiso para entrar en todas actividades prescritas de Campamento sino como notado por el médico que examina y yo. Doy permiso al médico seleccionado por el Director de Campamento a ordenar radiografías, la rutina prueba y el tratamiento para la salud de mi niño, y en caso que yo no puedo ser contactado en una emergencia, yo por la presente doy permiso al médico seleccionado por el Director de Campamento a hospitalizar, asegurar tratamiento apropiado y para ordenar inyección y/o anestesia y/o la cirugía para mi niño como denominado arriba. Esta autorización es dada conforme a la Sección 25.8 del Código Civil de California. Esta autorización se quedará efectivo hasta el 31 de Diciembre de 2012, a menos que más pronto revocara en escritura entregada a dijo agente. También, para la consideración buena y valiosa, yo por la presente consiento a y autorizo la reproducción, la publicación y el uso por los CLUBES UNIDOS de CHICOS Y CHICAS DE SANTA BARBARA, el CAMPAMENTO WHITTIER, y Asociación Norteamericano de Acampamiento, y sus sucesores y asigna, para anunciar, para la propaganda, o para cualquier otros propósitos, de cualquier fotografía, se imaginan o la semejanza de mi niño.

Cláusula Hold Harmless

Conuerdo aún más que los CLUBES UNIDO de CHICOS Y CHICAS DE CONDADO de SANTA BARBARA y CAMPAMENTO WHITTIER, su Junta Directiva, los Oficiales y Proveo por la presente son aliviados de toda obligación en caso de accidente o herida al dijo menor. Las actividades del campamento incluyen: Pared de Piedras, Curso de Cuerdas, Excursionismo, Natación, Tiro al arco, Artes & Artesanias, Estudios de Indio Americano, la Pesca, Juegos, Fogatas y el paseo en barco.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

FECHA

NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN

MEDICAMENTOS MEDICACIONES <i>Lista todas las medicaciones que estan viniendo con el campista/empleado al campamento como vitaminas, prescripciones y medicinas sobre el mostrador. Todas las medicaciones tienen que tener: Contenedores originales de la farmacia o fabricante. Nombre (medicinas pertenecida a otra persona no sera aceptada) Fecha actualizada (medicinas expiradas no seran aceptadas) Direcciones escritas desde la farmacia o medico (tus instrucciones para las prescripciones no seran aceptadas.</i>	Nombre de Medicacion	Razon para tomar las medicacion	Cantidad o dosis para dar	Cuando hay que darla	Como se la da
				<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	
				<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	
				<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	
				<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	
				<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	

Las siguientes sobre el mostrador (o los equivalentes genericos) capaz van a ser vendidos en el Campamento Medicina Alojamiento y administrada cuando sea necesario. Tache cualquier medicacion que no deberia ser dada:

Dolores, Enfermedades, Alergias	Digestiones/Dolor de Barriga	Productos para la Piel
Benadryl Icy Hot Ibuprofen Emergen-C Sinu-Purificacion Salino Solucion Advil Calcio/Magnesio/	Preparacion H Paracetamol Lavado de ojo Orajel Claritin Pastillas para la tos Robitussin Tabletas de Electrolitos Antiacido de Calcio Anti-Diarrea Gatorade Otros Peinilla de Piojos Breath Rx Inhalantes de Amoniaco Tecnu	Removedor de Verruga (Congelarlo, liquido) Locion de Calamina Aloe Vera Crema para las quemaduras Hydrocortisone Spray para los mosquitos Bloqueador Aceite para bebes Vaselina Polvio de bebe.

EXAMINACION MEDICA
 Nosotros requerimos que los campistas/empleados tengan una examinacion medica y autorizacion de un doctor en los ultimos 24 meses antes que comienze el campamento. Tu tambien puedes mandar una copia de el examen fisico de la escuela o de algun deporte.
Declaracion del Medico - Yo afirmo que el campista/empleado esta en Buena condicion de salud y disponible a jugar en actividades al aire libre en el Campamento Whittier con las siguientes exepciones:
 Firma del Doctor _____ Fecha de Examen _____
 Imprima Nombre _____ Telefono (____) _____

Transportacion:
 La transportacion the mis hijos de ida y venida va ha ser Ida
 Carro de Club _____
 Carro privado _____
Desde
 Carro de Van _____
 Carro Privado _____

Amigo de Cabina (opcional)
 Escoje 1 or 2 amigo(s) elegibles (edad, sexo, etc) para la misma session.
 1. _____
 2. _____

CAMPISTA DESPEDIDA – ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETA EN LA DESPEDIDA

La persona que recoja el campista DEBERA estar en la lista como padre s o contacto de emergencia en esta forma. Personas que recojan al campista sera necesario enseñar ID con photo.

Nombre de Campista: _____
 Nombre de Adulto Recojer _____ Firma _____ Fecha _____

CAMPAMENTO WHITTIER LIBERACION Y ACUERDO de INDEMNIDAD

ESTA LIBERACION del CAMPAMENTO WHITTIER Y el ACUERDO de INDEMNIDAD (el "Acuerdo") es ejecutado por el Participante (el "Participante"), que por la presente:

1. **Reconocimiento.** Reconoce que:

A. El Participante piensa tomar parte en uno o más equipo y el liderazgo que construyen cursos operados bajo el nombre de "CAMP WHITTIER" y patrocinados por o en una facilidad poseída, operada, o de otro modo conectado con los Clubes Unidos de Chicos y Chicas de Santa Barbara, Inc. ("Unidó"), y cada uno de los Clubes de Chicos y Chicas corporaciones afiliadas con esa entidad (inclusive pero no limitados a éstos para Campamento Whittier, Carpenteria, Westside Santa Barbara, Goleta, y Lompoc) (Unidós y todo tales otras corporaciones son referidas colectivamente a en esto como las "Corporaciones"). **POR FAVOR ESCRIBA SU POR FAVOR INICIAL INDICAR QUE USTED HA LEÍDO Y COMPRENDIO PARRAFO 1A: _____.**

B. Los Cursos del Campamento Whittier implican varios eventos arriesgados; inclusive el excursionismo, subir las piedra, curso alto de cuerdas, juegos de iniciativa, nuevos juegos, actividades de equipo, y otras actividades físicas. La última postura se arriesga y los peligros a participantes, inclusive pero no limitado a esos surgir de (1) la negligencia de otros participantes de programa y espectadores; (2) la negligencia de fabricantes de equipo o defectos en sus productos; (3) el fracaso o el uso negligente de equipo; (4) tropiezos, resbaladas, caídas, los choques, y otros encuentros con la instrucción de equipo, rastros, piedras, la vida vegetal, la vida animal, piedras cayéndose, y otros objetos en o alrededor del área dónde los cursos de Campamento Whittier son realizados; y (5) la negligencia o la instrucción inadecuada de esas personas en los Cursos de Campamento Whittier que procuran ayudar con cuidado médico u otra ayuda para el Participante o antes o después de que una herida haya ocurrido. **POR POR FAVOR INICIAL INDICAR QUE USTED HA LEÍDO Y COMPRENDIO PARRAFO 1B: _____.**

C. Aunque los instructores de curso de Campamento Whittier favorecerán y me desafiarán a tomar parte en los Cursos de Campamento Whittier, yo no tengo obligación de participar, y soy y será siempre únicamente responsable de decidir si quiero participar, en cualquier o todos los Cursos de Campamento Whittier. **POR FAVOR POR FAVOR INICIAL INDICAR QUE USTED HA LEÍDO Y COMPRENDIO PARRAFO 1C: _____.**

2. **Liberación.** Las liberaciones, como una condición de mi participación en cualquier curso de Campamento Whittier, en las Corporaciones, sus respectivos oficiales, directores, fideicomisarios, empleados, y otros agentes, y cada instructor en los cursos de Campamento Whittier de cualquier y todos reclamos, costos, daños y gastos que surgen de o en cualquier manera relacionada a yo tomando parte en cualquiera o más de los cursos de Campamento Whittier, y reconoce aún más y concuerda esta Liberación extiende a todos reclamos de todo lo que relacionando a los Cursos del Campamento Whittier y los asuntos describieron en la Sección 1, arriba, cualquier manera reclamos son sabidos o desconocido, sospechado o insospechado, ocultado o de otro modo, y (B) renuncia expresamente los derechos bajo California Código Civil 1542, que lee la siguiente manera:

"Una liberación general no extiende a reclamos que el acreedor no sabe ni sospecha para existir en su favor en aquel momento de ejecutar la liberación, que si conocido por él debe haber afectado sustancialmente su arreglo con el deudor".

POR FAVOR INICIAL INDICAR QUE USTED HA LEÍDO Y COMPRENDIO PARRAFO 2: _____.

3. **Indemnidad** Concuerda en indemnizar, defender, y para tener las corporaciones, sus respectivos oficiales, directores, fideicomisarios, empleados, y otros agentes, y cada instructor en los cursos de Campamento Whittier, libre y inocuo de cualquier y todos costos, reclamos, daños, y gastos que surgen de o en cualquier manera relacionada a tomando parte en cualquiera o más del curso de Campamento Whittier. **POR FAVOR INICIAL INDICAR QUE USTED HA LEIDO Y COMPRENDIO PARRAFO 3: _____.**

4. **Variado.** Comprendo aún más, reconozca, y concuerde lo siguiente:

A. Este Acuerdo (1) desbanca todos antes y contemporáneas comprensiones, si oral o escrito, entre el Participante, por una parte, y las Corporaciones y el Campamento Whittier instructores de cursos, en el otro, y (2) no puede ser modificado o enmendado, menos por un instrumento escrito ejecutado por un representante autorizado de la Corporación y el Participante.

B. Antes de firmar este Acuerdo, yo he tenido tiempo suficiente para leer, comprender, y para considerar este Acuerdo, y para preguntar las preguntas que sean que creo apropiado con respecto a los cursos de Campamento Whittier y este Acuerdo, y que yo no he sido obligado en ninguna manera a firmar este Acuerdo contra mis deseos.

EN PRESENCIA DE QUE, el Participante (o, si el Participante es un menor de edad, el padre o guardián legal del Participante) ha firmado esta Liberación en el conjunto de la fecha adelante abajo.

FIRMA DE PARTICIPANTE (QUE NO SEA MENOR DE EDAD)

Fecha

Nombre de Participante

Firma de Participante

FIRMA DE PADRE O GUARDIAN LEGAL DE NIÑO MENOR DE EDAD/PARTICIPANTE

El abajo firmante representa y justifica a las Corporaciones y cada instructor en los Cursos de Campamento Whittier que el abajo firmante es el padre o guardián legal del Participante, y ha leído, comprendió, y por la presente consentimientos a y ejecuta este Acuerdo a favor del Participante.

Fecha

Nombre de Participante

Nombre de Padre o Guardian

Firma de Padre o Guardian

FORMA DE HISTORIA DE SALUD



BOYS & GIRLS CLUBS
UNITED BOYS & GIRLS CLUBS
OF SANTA BARBARA COUNTY

Nombre de Campista

M F
 Apellido
Nombre
Inicial
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Si por alguna razon usted desea no autorizacion para tartar, por favor proporcione una carta de explicacion.

Yo atestiguo que (*Campista*) _____ esta en Buena condicion de salud and capaz de activamente participar en actividades del campamento exepcto como las indicadas en esta forma. Yo tomo completa responsabilidad de que el campista este apropiadamente preparado/a para el campamento incluyendo la ropa, equipo apropiado y buen estado de salud.

Yo autorizo al campamento que proporcione asistencia medica rutinaria, administre medicina pre-escrita y sobre el mostrador que estoy enviando al campamento tambien cualquier medicacion recomendada por el personal de asistencia medica del campamento por cualquier problema, excepto lo que aya anotado en la forma. Yo autorizo al campamento que comparta la informacion de esta Historia Clinica con personal autorizado del campamento y proveedores de asistencia medica solo cuando sea necesario.

En caso de emergencia medica o nesecita asistencia medica, en un esfuerzo razonable si no he sido contactado/a, el doctor de la familia , o uno de los alternativos proveido en esta forma o mi aplicacion. Yo, por la presente doy permiso al doctor de el campamento que hospitalize, proporcione tratamiento seguro para y otra inyeccion, anestecia o cirugia para mi. Yo autorizo al campamento que arreglen y/o provean necesaria transportacion relacionada para mi. Yo concuerdo de ser responsable de cualquier gasto contraido durante el cuidado y tratamiento de mi ser.

Firma _____
 Imprima Nombre _____ Fecha _____
 Firma del Familiar o Guardian Legal (Si es menor de 18) _____

ASEGURANZA MEDICA E INFORMACION DEL DOCTOR

Compania de Seguro _____ Numero de Poliza _____
 Nombre del Asegurado Pricipal _____
 Nombre del Doctor Principal _____
 Nombre de Clinica/Hospital _____
 Ciudad y Estado _____ Telefono (____) _____

FAMILIAR/GUARDIAN INFORMACION DE CONTACTO

Nonbre _____
Apellido Nombre Inicial

Familiar/Guardian con custodia legal para ser contactado en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relacion con Campista: _____
 Telefono de Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

Secundario familiar/Guardian para contactar:

Nombre: _____ Relacion con Campista: _____
 Telefono de Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

Contactos de Emergencia en caso que familiares no puedan ser contactados:

Nombre: _____ Relacion al Campista: _____ Telefono (____) _____
 Nombre: _____ Relacion al Campista: _____ Telefon (____) _____

Inicial:

Nombre:

Apellido:

Nombre:

ALERGIAS

Por favor mencione todas las alergias, incluyendo reacciones y tratamientos:

- No alergias conocidas
- Alergias a comidas
- Medicacion
- Ambiental/Estacional
- Otros

DIETA Y NUTRICION

Por favor chequee todas las que apliquen, y provee toda informacion especifica que ayuden a los trabajadores de la cocina. Provee la mayor ayuda con la informacion para la nutricion.

- Come una dieta normal
- Vegetariana
- Otro (especifique): _____

HISTORIA MEDICA

Campista /Empleado tiene una historia en las siguientes cateorias? Chequee todas las que apliquen:

- Asma
- Hospitalizaciones
- Migranas
- Diabetes
- Crugias
- Epilepcia
- Insomnia
- Enfermedades Cronicas
- Heridas Recientes
- Pesadillas
- Mononucleosis
- Incapacidades Fisicas
- Mojar la Cama
- Problemas al Corazon
- Otros (Especificar): _____

Por favor explicar todas los articulos chequeados arriba:

Alguna restriccion en tu actividad en tu estadia en el campamento? Si es si, por favor explicar:

- Si
- No

SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

El campista o empleado ha sido diagnosticado o tratado por cualquiera de los siguientes?

- ADD
- AD/HD
- Ansiedad
- Desabilidad para aprender
- PTSD
- OCD
- ODD
- Desorden alimenticio
- Depresion
- Desabilidad de desarrollo
- Otro diagnosticos psiquiatrico (especificar): _____

Por favor explicar todas los articulos chequeados arriba:

:

El Campista/Empleado tiene ayuda de un professional para los problemas mentales? Si No

Alguien en casa, familiar o otro tiene experiencia o circunstancia que deberiamos saber? Por favor explicar:

ALGO MAS?

Hay algo mas que deberiamos saber sobre el campista/empleado?

MEDICATIONES

Lista todas las medicaciones que estan viniendo con el campista/empleado al campamento como vitaminas, prescripciones y medicinas sobre el mostrador. Todas las medicaciones tienen que tener:

- Contenedores originales de la farmacia o fabricante.
- Nombre (medicinas pertenecida a otra persona no sera aceptada)
- Fecha actualizada (medicinas expiradas no seran aceptadas)
- Direcciones escritas desde la farmacia o medico (tus instrucciones para las prescripciones no seran aceptadas).

Nombre de Medicacion	Razon para tomar las medicacion	Cantidad o dosis para dar	Cuando hay que darla	Como se las da
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> 4 p.m. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> 8 p.m.	

Las siguientes sobre el mostrador (o los equivalentes genericos) capaz van a ser vendidos en el Campamento Medicina Alojamiento y administrada cuando sea necesario. Tache cualquier medicacion que no deberia ser dada:

Pain, Illness & Allergies		Digestion/Upset Stomach	Topical/Skin Products
Benadryl	Preparacion H	Tabletas de Electrolitos	Removedor de Verruga (Congelar, liquido,)
Sinu-Purificacion	Icy Hot	Antiacido de Calcio	Locion de Calamina
Claritin	Paracetamol	Anti-Diarrea	Aloe Vera
Salino Solucion	Ibuprofen	Gatorade	Crema para las quemaduras
Pastillas para la tos	Lavado de ojo		Hydrocortisone
Advil	Emergen-C	Other	Spray para los mosquitos
Robitussin	Orajel	Peinilla de Piojos	Bloqueador
Calcio/Magnesio/		Breath Rx	Aceite para bebes
		Inhalantes de Amoniaco	Vaselina
		Tecnu	Polvio de bebe.

EXAMINACION MEDICA

Nosotros requerimos que los campistas/empleados tengan una examinacion medica y autorizacion de un doctor en los ultimos 24 meses antes que comienze el campamento. Tu tambien puedes mandar una copia de el examen fisico de la escuela o de algun deporte.

Declaracion del Medico - Yo afirmo que el campista/empleado esta en Buena condicion de salud y disponible a jugar en actividades al aire libre en el Campamento Whittier con las siguientes excepciones:

Firma del Doctor _____ Fecha de Examen _____

Imprima Nombre _____ Telefono (____) _____

INMUNIZACIONES

Provea las fechas de las siguientes inmunizaciones o provee una copia de las inmunizaciones oficiales de el campista. Has tenido viruela? Si No

Tetano/Booster:

Viruela:

Hepatitis A:

Gripa:

HPV:

Sarampion, paperas, rubeola:

Hepatitis B:

Other:

