

CAMP WAR EAGLE
INFORMACIÓN DE ESTADO DE SALUD
(Lea cuidadosamente)

Adjunto, encontrará **LA FORMA DE SALUD DEL CAMPAMENTO WAR EAGLE**. Esta es la pieza más importante de información que usted pueda proveer al **Campamento War Eagle** con referencia a su niño(a). Por favor tómelo en serio. Solamente podremos servir de la mejor forma los intereses de salud de su hijo(a) si nos provee **TODA** la información requerida. Por favor lea, entienda y cumpla con todas las instrucciones y direcciones enumeradas.

INSTRUCCIONES Y DIRECCIONES

1. Complete la **FORMA DE SALUD** adjunta en su totalidad. Un examen físico deber ser hecho por un médico con licencia durante los 24 meses antes de la llegada al Campamento War Eagle 2010. Solamente **Formas de Salud del Campamento War Eagle** serán aceptadas. Un examen por cualquier propósito dentro de este periodo es aceptable; pero aun así, el médico tiene que transferir toda la información y firmar *esta* Forma de Salud del Campamento War Eagle. Formas de la escuela o de deportes no serán aceptados.

Si usted elije usar el examen físico que ya se tiene archivado en el Campamento War Eagle (que fue hecho durante los 24 meses antes de la llegada al Campamento War Eagle 2010) **usted tiene que completar y presentar la primera página de la forma de salud y hacer un listado de cualquier medicamento que su campista tomará en el campamento**. Es a la entera decisión del Campamento War Eagle requerir un examen físico hecho durante los 12 meses previos al Campamento War Eagle 2010. Usted será notificado si se requiere proveer un examen físico actualizado.

2. Asegúrese de **FIRMAR LA AUTORIZACIÓN DE PADRES. NINGUN NIÑO SERÁ ACEPTADO PARA ASISTIR SIN LA FIRMA EN LA FORMA DE SALUD.**

3. Contacte a su compañía de seguro médico para determinar cuál hospital en el Noroeste de Arkansas (Mercy Medical Center, Northwest Medical Center - Bentonville o Northwest Medical Center - Springdale) acepta su plan de seguro médico. En caso de emergencia, su hijo(a) será llevado al hospital que usted indicó en la Forma de Salud, siempre que sea posible.

4. **MEDICAMENTOS:** Cualquier campista que requiera tomar algún medicamento cuando está en el Campamento War Eagle, debe cumplir con las siguientes políticas administrativas.

a. Todos los medicamentos tienen que ser proveídos por los padres y ser mantenidos en el Centro de Salud. Esto incluye vitaminas. Por favor póngales el nombre y apellido del niño(a).

b. Todos los medicamentos con receta deben estar en el envase **original de la farmacia** y etiquetado por el farmacéutico. La etiqueta debe incluir:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. El nombre del campista | 4. Cantidad de medicina que se debe dar; la frecuencia para administrarla |
| 2. Nombre del doctor | 5. Fecha en que la prescripción fue escrita o dada. |
| 3. Nombre del medicamento | |

c. Todos los medicamentos **no prescritos por un doctor** deben estar en sus envases **originales**. Tiene que proveer una petición escrita para medicamentos sin prescripción con toda la siguiente información:

- | | |
|--|--|
| 1. Nombre completo del campista | 5. Los motivos o razones por las que se administra |
| 2. Nombre del medicamento | 6. Fecha |
| 3. Cantidad de medicina que se le debe dar | 7. Firma de padres o encargado legal |
| 4. Cuando se le debe dar el medicamento | |

*** Medicamentos sin prescripción que su niño(a) tome a diario, como para alergias deben de ser incluidos. No es necesario medicamentos sin prescripción los cuales su niño(a) no toma al diario como los usados para fiebres, dolores de cabeza o resfriados dado a que el Campamento War Eagle proveerá estos medicamentos cuando el Medico o Enfermera del campamento lo determine.**

d. No debe haber más de un (1) medicamento por envase propiamente etiquetado.

e. Si algún medicamento inyectable se provee para alguna reacción o condición aguda, como para asma, picadura de insecto, mordeduras, hormonas de crecimiento, hemofilia, etc., tiene que ser acompañado por la autorización escrita del doctor así como una petición de los padres. Por favor incluya jeringas, si son necesarias.

f. **MEDICAMENTOS NORMALES PARA ALERGIAS** tienen que ser acompañados por una autorización escrita del doctor e instrucciones, explicando las dosis específicas, tiempo de observación requerido, si hay alguno o posibles efectos secundarios potenciales o reacciones. **TODAS LAS INYECCIONES DE ALERGIA PUEDEN SUMINISTRARSE EN LA CLINICA LOCAL DEL AREA. SE COBRARÁ POR ESTE SERVICIO \$25.00 POR VISITA.** Este costo será obviados a decisión exclusiva del doctor. Por favor incluya jeringas, si son necesarias.

NOMBRE DEL CAMPISTA _____
 APELLIDO _____ NOMBRE _____

Para uso del Campamento WarEagle
 Session # _____ Cabin # _____
 Temp _____
 HV _____
 Comments _____

FORMA DE SALUD DEL CAMPAMENTO WAR EAGLE

14323 Camp War Eagle Road, Rogers, AR 72756
 Teléfono: 479-751-8899 · Fax 479-751-8791

Este lado debe ser llenado por uno de los padres y verificado por el doctor en el momento del reconocimiento médico.

Nombre campista _____ # de SS _____ Fecha Nacimiento _____ Sexo ____ Edad ____
 Nombre de la madre _____ Telf. (C) _____
 Dirección de la casa _____ (T) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ (Cel.) _____
 Nombre del padre _____ Telf. (C) _____
 Dirección de la casa _____ (T) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ (Cel.) _____
 Si los padres no están casados, quién tiene la custodia? Madre _____ Padre _____ Compartida entre los dos _____
 Si los padres no pueden ser contactados en caso de una emergencia, por favor llamar a:
 Nombre _____ Telf. (C) _____ (T) _____
 Dirección _____ (Cel.) _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO Ó DE ARKIdS (SI APLICA) Marque esta casilla si no tiene seguro médico.

(Complete la siguiente información e incluya una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro médico)

Nombre de la compañía aseguradora _____ # de Póliza _____
 Dirección de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____
 # de Grupo _____ # de Miembro _____
 Nombre del asegurado principal _____ Seguro social del asegurado principal _____
 Relación con el campista _____

El siguiente es el hospital que prefiero de los que "están incluidos en mi plan de seguro" en el Noreste de Arkansas en caso de emergencia:

Mercy Medical Center o Northwest Medical Center – Bentonville o Northwest Medical Center – Springdale

Compañía aseguradora para medicamentos _____ # de Poliza _____
 Rx BIN# _____ Rx PCN # _____ Grupo de Receta # _____ # Servicio al Cliente _____

HISTORIA MÉDICA O DE SALUD (Marque y dé fechas aproximadas)

* Asma _____ * Alergias a Drogas _____
 * Problemas de Comportamiento _____ * Alergias a Comida _____
 * Convulsiones _____ * Alergias a Insectos _____
 * Otros _____
 Cirugías o Heridas Serias (Fechas) _____

Enfermedades crónicas o recurrente _____

* Tratamiento prescrito para las condiciones arriba mencionadas (sea específico) _____

REGISTRO DE VACUNACIÓN (Requerido, llene todas las fechas de las vacunas. Incluya una copia del record de vacunas)

Las vacunas requeridas deben ser determinadas según la localidad donde viva. Este es un registro de las vacunas básicas y los refuerzos más recientes.

Fecha-Serie DTaP _____ Fecha-Pneumococcal _____
 Fecha-Hepatitis A _____ Fecha-Polio _____
 Fecha-Hepatitis B _____ ** Fecha-Refuerzo de Tétano _____
 Fecha-Hib _____ Fecha-Varicella de Vacuna _____ o Varisela Fecha _____
 Fecha-Menaetra (Opcional) _____ Fecha-Influenza _____ Fecha-Influenza H1N1 _____
 Fecha-MMR _____ Otros _____

** Tienen que estar al día dentro de los últimos 10 años.

Por favor háganos saber si el campista ha estado expuesto a alguna enfermedad transmisible durante las 3 SEMANAS PREVIAS A ASISTIR AL CAMPAMENTO. (Influenza, Varicela, Sarampión, Paperas, etc.)

ATENCIÓN PADRES: NINGUN NIÑO SERÁ ACEPTADO PARA ASISTIR SI NO PRESENTA UNA FORMA DE SALUD FIRMADA

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES: Por medio de la presente autorizo al personal seleccionado por el Campamento War Eagle a proveer asistencia médica rutinaria, administrar medicamentos de ambas clases con prescripción y sin ella, tomar rayos X y exámenes rutinarios, hospitalización, tratamiento apropiado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo(a) nombrado en esta forma. Además, autorizo al Campamento War Eagle o a sus designados de proveer o acordar la forma de transportar a mi niño(a). Así mismo, autorizo a que se le de a conocer al Campamento War Eagle o sus designados los registros médicos, rayos X, notas o cualquier otra información médica. Si mi campista no tiene seguro médico aplicable o suficiente, o si el seguro médico de mi campista no es aceptada por proveedores locales, por cualquier razón, yo me haré responsable de los gastos.

Firma del padre _____ Fecha _____

CIRCULE LA SESIÓN A LA CUAL EL CAMPISTA VA HA ASISTIR: 1era 2da 3era 4ta 5ta 6ta 7ta 8va w

(ver otro lado)

NOMBRE DEL CAMPISTA _____

APELLIDO _____

NOMBRE _____

Marque aquí si le gustaría usar el examen física archivado en el Campamento War Eagle 2009. El examen tuvo que ser realizado durante los 24 meses previos a la llegada al Campamento War Eagle 2010. Queda a la entera decisión del Campamento War Eagle requerir un examen realizado durante los 12 meses previos al campamento. Usted será notificado si se requiere un examen actualizado. **Por favor complete la primera hoja de la Forma de Salud y al final de esta página haga un listado de cualquier medicamento que su campista tomará durante el campamento.**

FUNCIONES ESENCIALES O FUNDAMENTALES DE UN CAMPISTA DE WAR EAGLE

Para que un campista tenga éxito debe ser capaz de, sobre todo, ser independiente en un ambiente alejado, rústico (sin aire acondicionado) por un periodo de una o dos semanas. El programa War Eagle es muy activo y físicamente exigente para los campistas. Las actividades diarias incluyen una hora de rigurosa (frecuentemente está involucrado el contacto físico) competencia entre equipos y tres horas de actividades de grupo, algunos requieren de resistencia física y la mayoría conducidas al aire libre. Si existe una condición médica crónica, los campistas deben ser capaces de “cuidar de su condición por sí mismos”. Si el campista parece tener un problema serio de comportamiento o circunstancias especiales que envuelvan incapacidades físicas o psicológicas, el Director del Campamento debe ser notificado **AHORA** porque a los niños de los cuales no podemos esperar que vivan cooperativamente con otros niños o permanezca seguros dentro de nuestro medio ambiente no podrán ser aceptados.

REVISIÓN DE SALUD – PARA SER COMPLETADO POR UN DOCTOR AUTORIZADO

Este examen físico debe ser hecho durante de los 24 meses previos a la llegada al campamento War Eagle. Sólo **Formas de Salud del Campamento War Eagle** serán aceptadas. Un examen por cualquier propósito dentro de ese periodo es aceptable; pero aun así su médico tiene que firmar **esta** Forma de Salud del Campamento War Eagle. **Formas de la escuela o de algún club deportivo no son aceptables.** Este examen es para determinar el estado físico para soportar actividades rigurosas.

HEALTH SCREENING – TO BE FILLED OUT BY A LICENSED PHYSICIAN

This examination should be preformed within twenty-four months of arrival at Camp War Eagle. Only **Camp War Eagle Health Cards** will be accepted. Examination for any purpose within this period is acceptable; however the physician must sign **this** Camp War Eagle Health Card. **School or athletic forms are not acceptable.** Examination is for determining fitness to engage in strenuous activities.

CODE: Satisfactory Not Satisfactory (explain) Not Examined

Height _____	Weight _____	Blood Pressure _____	Hemoglobin (optional) _____	Urinalysis (optional) _____
Eyes _____			Extremities _____	
Glasses _____			Posture (spine) _____	
Ears _____			Skin _____	
Nose _____			Allergy: Please specify and note on front of health form in appropriate location.	
Throat _____				
Teeth _____				
Heart _____			General Appraisal _____	
Lungs _____				
Abdomen _____				
Hernia _____				

(For girls and women) Has this person menstruated? _____ If not, has she been told about it? _____
 If so, is her menstrual history normal? _____ Special considerations _____

RECOMMENDATIONS AND RESTRICTIONS WHILE IN CAMP _____

Swimming, diving _____
 Strenuous activity _____

I have examined this person herein described and have reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is physically able to engage in camp activities except as noted above.

Examining Physician Signature _____ Date _____
 Print Name of Physician _____
 Address _____ Telephone _____

PADRES DE FAMILIA: POR FAVOR LLENEN ESTA SECCION

Restricciones Alimenticias _____
 (Por favor notifique al Campamento War Eagle por escrito con anticipación cualquier restricción alimenticia la cual requiera ajustes especiales del menú. El Campamento War Eagle no puede garantizar que todas las peticiones serán acomodadas. Cada caso será considerado individualmente.)
 Otras Restricciones _____

Liste cualquier medicamento que su campista estará tomando durante su estadía en el campamento. Debe de notificar al Campamento War Eagle por escrito si hay cualquier cambio después de haber entregado esta forma

	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón Por La Cual La Toma
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

NOTA: Si ha listado medicamento en la parte superior, debe de consultar y acatar las instrucciones y directivas en la sección de la Forma de Salud del Campamento War Eagle.