

Jóvenes de la Naturaleza

HISTORIA MÉDICA Y**FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA**

SALUD MÉDICA

A continuación, por favor enumere y explique si su hijo (a) tiene o ha tenido alguna condición médica que su instructor deba saber o que pudiera ser de utilidad para un profesional en caso de que su hijo (a) necesite atención médica durante cualquier programa de Jóvenes de la Naturaleza. Los ejemplos de las condiciones que debe enumerar son: lesiones en la cabeza, convulsiones, epilepsia, dolores de cabeza o desmayos, problemas de audición, problemas de visión, asma o problemas respiratorios, problemas en articulaciones o huesos, problemas de sangrado o coágulos, problemas del corazón, hepatitis, diabetes, ictericia, SIDA, hipoglucemia, Problemas abdominales, mal de altura, problemas de la piel o sarpullidos, congelación o hipotermia, hospitalizaciones o cirugías en los últimos dos años, agotamiento por calor o Convulsión por calor, anafilaxia.

MENTAL, EMOCIONAL, Y SALUD SOCIAL

¿Ha sido diagnosticado su campista con alguna de las siguientes trastornos de salud social, y/o salud mental, emocional? (Seleccione todas las que apliquen)

- Trastorno de Déficit de Atención (ADD o AD/HD)
- Problemas de Aprendizaje o de procesamiento (discapacidad)
- Depresión, Trastorno de pánico, de ansiedad
- Trastornos de Alimentación
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Trastorno del espectro autista, Desorden del procesamiento sensorial
- Otros trastornos de salud Mental, Emocional, o de Salud Social

A continuación, proporcione cualquier información relacionada con la salud mental, emocional y social de su hijo (a) que usted cree que sería útil a los instructores de los programas de Jóvenes de la Naturaleza para ayudar a que su niño(a) tenga una experiencia más divertida y lo más segura posible durante los programas de Jóvenes de la Naturaleza. Jóvenes de la Naturaleza se esmera en ofrecer la mejor experiencia de campamento a todos los niños, incluyendo aquellos que tienen necesidades especiales y/o que requieren apoyo adicional. Es responsabilidad de los padres comunicarle a Jóvenes de la Naturaleza acerca de cualquier detalle que necesitemos saber acerca de su hijo (a) para poder colocarlos en el mejor ambiente y asegurar una exitosa experiencia. Nuestro personal no está capacitado para apoyar necesidades especiales, y Jóvenes de la Naturaleza no puede asumir la responsabilidad financiera en caso de que su hijo no pueda participar de manera segura en el campamento, por lo que no ofrecemos reembolsos. Es importante que exista una comunicación abierta para poder determinar si contamos con los recursos necesarios para atender a su hijo. Las preocupaciones deben ser dirigidas directamente a Carlos Lerma, Enlace Comunitario del Programa, a través de su correo electrónico: Carlos@naturekidslafayette.org o llamando al teléfono 303-499-3647 extensión 111.

ALERGIAS

Por favor enumere cualquier alergia que tiene su hijo(a), incluyendo insectos, medicamentos, alimentos y alérgenos ambientales como el polen, y describa la reacción y la gravedad, y si se requiere cualquier medicamento.

Jóvenes de la Naturaleza
HISTORIA MÉDICA Y
FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA



RESTRICCIONES DIETÉTICAS

Por favor enumere cualquier restricción dietética que su hijo tiene y que debemos tener en cuenta.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proporcione Nombre de la Póliza de Seguro, número de grupo, y número de la Póliza.

INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL

¿Hay alguna otra información que debemos saber acerca de la salud de su hijo (a) que pueda ser útil a los instructores de los programas de Jóvenes de la Naturaleza para poder ayudar a que su hijo(a) tenga la experiencia más divertida y segura posible durante los programas de Jóvenes de la Naturaleza?

RESTRICCIONES DE PARTICIPACIÓN

Los padres están obligados a leer la Hoja de Detalle del Programa (s) y discutir con su hijo acerca de la naturaleza de las actividades y riesgos potenciales de su participación en los programas de Jóvenes de la Naturaleza. **Por favor, indique a continuación cualquier actividad (es) que su hijo(a) no quiera o a la que no se le permita participar, ya sea por razones de salud o cualquier otra.**

MEDICAMENTOS

Jóvenes de la Naturaleza hace todo lo posible para incluir a los niños con necesidades de medicación. Todos los instructores están capacitados en RCP, primeros auxilios, y Administración de Medicamentos, que permite a los instructores administrar Epi-pens, inhaladores y algunos medicamentos orales en presencia de otro y por órdenes firmada por el médico.

Para ciertas condiciones médicas, como la diabetes, nos esforzamos en dar a nuestros instructores el entrenamiento adecuado y necesario para la administración de los medicamentos adicionales que puedan requerir los niños (as). Estamos más capacitados en dar cupo a niños con necesidades más allá de alergias y asma con previo aviso. Envíe un correo electrónico a carlos@naturekidslafayette.org si su hijo (a) tiene una condición médica más allá de alergias o asma, y que puedan requerir adaptaciones o capacitación adicional para los instructores.

Por favor, enumere todos los medicamentos, incluidas las recetas médicas, medicamentos de venta libre y remedios a base de hierbas, que actualmente toma su hijo toma, y describa la razón de la medicación, la dosis y la frecuencia, así como los posibles efectos secundarios.

Jóvenes de la Naturaleza



**HISTORIA MÉDICA Y
FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Si su hijo va a traer algún medicamento al campamento, por favor marque la casilla correspondiente:

- Epinefrina Auto inyector (como EpiPen)
- antihistamínicos (como Benadryl)
- Inhalador
- Otros medicamentos (por favor explique) _____

Si su hijo va a traer el medicamento al campamento, por favor pida a su médico que llene y firme el plan de acción correspondiente (s). Los campistas no pueden traer ningún medicamento al campamento sin orden firmada por el médico.

Si su hijo va a traer el medicamento al campamento Y está registrado para el Cuidado Extensivo, deberá traer doble ración de medicamento, uno para el campamento y el otro para el Cuidado Extendido.

- Si
- No

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Por favor proporcione información médica local. Si es nuevo residente del área metropolitana de Denver, por favor llene el formulario con la información del médico anterior de su hijo (a), y actualice el formulario tan pronto como sea posible una vez que haya elegido un nuevo médico para su hijo (a). Si está de visita en el área metropolitana de Denver y no tiene un médico local, proporcione información del médico no local de su hijo.

Nombre y Apellido:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN DEL DENTISTA

Por favor proporcione información de su dentista local. Si es nuevo residente del área metropolitana de Denver, por favor llene el formulario con la información del dentista anterior de su hijo (a), y actualice el formulario tan pronto como sea posible una vez que haya elegido un nuevo médico para su hijo (a). Si está de visita en el área metropolitana de Denver y no tiene un dentista local, proporcione información del dentista no local de su hijo.

Nombre y Apellido:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:

INFORMACIÓN DEL HOSPITAL PREFERIDO

Por favor use información del hospital local. Si es nuevo en el área metropolitana de Denver o está de visita, por favor investigue y seleccione un hospital local como su hospital preferido

Nombre del Hospital preferido:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PADRE / TUTOR

Por favor proporcione información del empleador del padre o representante, incluidas las direcciones de empleo, lo que podría ser de utilidad al necesitar ubicar a un padre o representante en caso de una emergencia. Si trabaja por cuenta propia, por favor escriba el nombre del empleador como "por cuenta propia" y si trabaja desde su hogar, por favor suministre la dirección de su residencia.

Nombre del Empleador:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Por favor escriba el nombre de una persona como contacto de emergencia local en caso de una emergencia en la que no se logre contactar a los padres / representantes.

Nombre y Apellido:		Teléfono Celular:		Teléfono de Casa:	
Relación:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Jóvenes de la Naturaleza



HISTORIA MÉDICA Y FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

EN CASO DE QUE MI HIJO(A) ESTÉ HERIDO A CAUSA DE UN ACCIDENTE O SE ENFERMA GRAVEMENTE, AUTORIZO A JÓVENES DE LA NATURALEZA QUE SUMINISTRE PRIMEROS AUXILIOS A SU NIVEL DE FORMACIÓN E IDENTIFIQUE EL TRANSPORTE DE MI HIJO(A) A UN MÉDICO DE EMERGENCIA CON LICENCIA PARA ATENCIÓN EN UN CENTRO PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO. ADEMÁS, AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO DE DICHA INSTALACIÓN A QUE PROPORCIONEN DICHO TRATAMIENTO A MI HIJO(A) COMO DE ACUERDO A LA NATURALEZA Y ALCANCE DE SU LESIÓN Y QUE ESTÉ EN CONFORMIDAD CON LOS PROTOCOLOS DE NORMA EN LA PRÁCTICA MÉDICA. FINALMENTE, ACEPTO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE TODOS LOS COSTOS ASOCIADOS CON EL TRASLADO Y LA ASISTENCIA MÉDICA DE MI HIJO PARA EL TRATAMIENTO PROPORCIONADO POR LA ENTIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA A MI HIJO(A).

He leído y estoy de acuerdo con la autorización de la atención médica.

FIRMA _____ **FECHA** _____

VERIFICACIÓN

CON MI FIRMA, TESTIFICO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTE FORMULARIO SON COMPLETAS Y CORRECTAS, Y QUE HE PROPORCIONADO A JÓVENES DE LA NATURALEZA TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR A JÓVENES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CAMBIO, INCLUIDOS LOS CAMBIOS EN LA SALUD E INFORMACIÓN DE CONTACTO

FIRMA _____ **FECHA** _____