

Formulario de examen e historial de salud para niños, adolescentes y adultos participando en los campamentos

FM08NS

Asistencia al campamento: fechas: _____

Envíe este formulario a la dirección indicada abajo _____ (fecha)

Desarrollado y aprobado por la American Camp Association American Academy of Pediatrics

La información solicitada en este formulario no forma parte del proceso de aceptación del participante o empleado, sino que se recopila para ayudarnos a proveer una atención apropiada. El historial de salud (las tres primeras páginas) debe ser completado

por los padres o guardianes del menor, o por los adultos mismos y debe ser actualizado todos los años. El examen médico (última página) debe ser completado por lo menos cada dos años por personal médico debidamente certificado y aprobado.

Nombre _____
Apellido nombre segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ Edad para fecha del campamento _____

Dirección domicilio _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Número de Seguridad Social del participante _____ Sexo: Masculino Femenino

Padre o guardián _____ Teléfono _____

Dirección domicilio _____
(si es diferente de la indicada arriba) Calle y número Ciudad Estado Código postal

Dirección trabajo _____ Teléfono _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Otro padre o guardián, o contacto de urgencia _____

Dirección _____ Teléfono _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Dirección trabajo _____ Teléfono _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

De no poder comunicarse en caso de emergencia, informar a:

Nombre _____

Parentesco _____ Teléfono _____

Dirección _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Información de seguros

¿Tiene el participante cobertura de seguros médicos/hospitalarios? Sí No

De ser así, favor indicar el nombre de la compañía o del plan de seguros _____ Número del Grupo _____

► Una fotocopia de ambos lados de la tarjeta de seguros de salud debe acompañar este formulario.

Importante — Se requiere completar estas secciones para poder asistir.*

Autorización por padres/guardianes: De mi conocimiento, este historial está completo y correcto. Se permite a la persona aquí descrita participar en todas las actividades del campamento salvo indicación al contrario.

Por la presente autorizo al campamento a proveer atención médica rutinaria, administrar medicamentos recetados y obtener atención médica de urgencia, incluyendo la toma de radiografías o pruebas rutinarias. Se permite la divulgación

de los récords necesarios para propósitos de seguros. Se permite al campamento hacer los arreglos necesarios para el correspondiente transporte de mi persona/mi hijo.

De no poder comunicarse conmigo en caso de emergencia por la presente se permite al médico seleccionado por el campamento obtener y prestar atención, incluyendo la hospitalización, para la persona indicada arriba. El formulario completado puede ser fotocopiado para excursiones afuera del campamento.

Firma del padre/guardián, o del participante adulto o del empleado _____

Nombre en letras de molde _____ Fecha _____

También comprendo y me conformo a las restricciones que puedan imponerse en mi participación en las actividades del campamento.

Firma del menor, o del participante adulto o del empleado _____ Fecha _____

* Si por motivos religiosos usted no puede firmar, comuníquese con el campamento para obtener una hoja de renuncia legal que deberá ser firmada para poder asistir.

Año

Cabina o Grupo

Nombre

Historial de salud

La información solicitada a continuación debe ser completada por el padre o guardián, o por el participante adulto o el empleado. Se solicita estos datos para proveer información de base a los profesionales de salud del campamento para que presten una atención apropiada. Retenga una copia del formulario completado

para sus archivos. Se debe comunicar cualquier cambio en esta información al personal médico del campamento desde la llegada del participante al mismo. Se le solicita proporcionar información completa para que el personal pueda estar enterado de sus necesidades.

ALERGIAS (indique todas las conocidas) Describa la reacción y el tratamiento de la misma.

Alergias a medicamentos (indicar cuáles)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a comestibles (indicar cuáles)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Otras alergias (indicar cuáles) — incluyendo las picaduras de insectos, fiebre del heno, asma, caspa de animales, etc.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS TOMADOS

Por favor indique TODOS los medicamentos tomados ordinariamente (incluyendo medicamentos sin receta médica). Traiga suficientes medicamentos para la duración del campamento. Asegúrese de

que estén en el frasco o empaque original que identifica al médico que lo recetó (de ser éste el caso), el nombre del medicamento, la dosificación y la frecuencia de dosificación.

Esta persona no toma NINGUN medicamento en forma regular.

Esta persona toma medicamentos de la manera indicada a continuación:

Medicamento Nº 1 _____ Dosis _____ Frecuencia diaria específica (hora) _____

Motivo del uso _____

Medicamento Nº 2 _____ Dosis _____ Frecuencia diaria específica (hora) _____

Motivo del uso _____

Medicamento Nº 3 _____ Dosis _____ Frecuencia diaria específica (hora) _____

Motivo del uso _____

Agregue otras hojas para medicamentos adicionales.

Identifique aquellos medicamentos que se toman durante el año escolar pero que el paciente no toma o no debería tomar durante el verano: _____

RESTRICCIONES

Las siguientes restricciones aplican a este individuo:

De dieta

No come carne de res

No come carne de puerco

No come huevos

No come aves

No come mariscos

No come productos lácteos

Otra (describir) _____

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

Preguntas generales (Explique abajo cualquier respuesta de "sí".)

Indique si el participante:		Sí	No			Sí	No
1. Ha sufrido recientemente alguna herida o enfermedad (contagiosa o no contagiosa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		15. Ha sido diagnosticado con soplo cardiaco.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sufre de una enfermedad o condición crónica o repetida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16. Ha tenido problemas con la espalda en alguna ocasión.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha estado alguna vez hospitalizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		17. Ha tenido problemas con las coyunturas (por ej., las rodillas, los tobillos).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha sido alguna vez operado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		18. Estará usando un aparato ortodóntico durante el campamento.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sufre de dolores de cabeza con frecuencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		19. Tiene problemas de la piel (por ej., picazón, salpullido, acné).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha sufrido en alguna ocasión una herida de la cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		20. Tiene diabetes.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha estado inconsciente como resultado de un golpe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		21. Tiene asma.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa lentes, lentes de contacto, o anteojos protectores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		22. Ha tenido mononucleosis durante los últimos 12 meses.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ha sufrido infecciones del oído con frecuencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		23. Ha tenido problemas de diarrea/estreñimiento.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se ha desmayado durante o después del ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		24. Ha sufrido de somnambulismo.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ha sufrido mareos durante o después del ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		25. Ha tenido una historia de menstruación anormal (para participantes femeninos).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ha sufrido de ataques de apoplejía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		26. Tiene una historia de orinar en la cama.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ha sufrido alguna vez de dolores del pecho durante o después del ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		27. Ha sufrido en alguna ocasión de una anomalía de dieta.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ha sufrido de la presión alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		28. Ha tenido problemas emocionales para los cuales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Favor de aclarar cualquier respuesta de "sí" y anotar el número de la pregunta.

Indique si el participante ha tenido:

- Sarampión
- Varicela / viruelas locas
- Rubéola
- Paperas
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C

Prueba Mantoux de tuberculosis

Fecha de la última prueba _____

Resultado: Positivo Negativo

Favor de indicar todas las fechas de inmunización:

Vacuna:	Fechas:	mes/ año	mes/ año	mes/ año	mes/ año	mes/ año	mes/ año
DTP		_____	_____	_____	_____	_____	_____
TD (tétano/difteria)		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tétano		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Poliomielitis		_____	_____	_____	_____	_____	_____
MMR		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de sarampión		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de paperas		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de rubéola		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Haemophilus influenza B		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis B		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Varicela (viruelas locas)		_____	_____	_____	_____	_____	_____

Use este espacio para proveer datos adicionales sobre el comportamiento y la salud física, emocional o mental del participante que el personal del campamento debería saber.

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____

Dirección _____

Nombre del dentista/ortodontista de la familia _____ Teléfono _____

Dirección _____

Recomendaciones de atención médica por personal médico diplomado

Examiné este individuo en fecha _____. (Los requisitos de acreditación de la ACA estipulan exámenes realizados con menos de 24 meses de anterioridad a la asistencia; algunos campos puedan exigir exámenes anuales. No se requiere necesariamente un nuevo examen para asistir al campamento.)

Tensión arterial _____ Peso _____ Altura _____

En mi opinión el solicitante está no está en condiciones de participar en un programa activo de campamento.

El solicitante está bajo control médico por las siguientes condiciones:

Recomendaciones y restricciones en el campamento:

Tratamiento a seguirse durante el campamento:

Medicamentos a ser suministrados durante el campamento (nombre, dosis, frecuencia):

Plan dietético (por receta médica) o restricciones de dieta:

Alergias conocidas:

Descripción de cualquier limitación o restricción en las actividades del campamento:

Datos adicionales para el uso del personal médico del campamento:

Firma de personal médico diplomado _____
Nombre en letras de molde _____ Diploma en _____
Dirección _____
Teléfono _____ Fecha _____

Para el uso del campamento únicamente

Récord de examen _____ am
Examinado en (fecha) _____ Hora _____ pm
Medicamentos recibidos _____
Actualizaciones/adiciones al récord médico anotadas Sí No Ningunas
Necesidades médicas actuales _____
Observaciones _____
Examinado por _____