

TARJETA DE SALUD DEL CAMPAMENTO WAR EAGLE 2018



14323 Camp War Eagle Road, Rogers, AR 72756
 Teléfono: 479-751-8899 E-mail: campwareagle@campwareagle.org Fax 479-751-8791
 Website: www.campwareagle.org

Para uso exclusivo del Campamento War Eagle
 RID _____ UID _____
 Sesión _____

Para todos los programas del Campamento War Eagle

“Campista” se define como cualquier niño o niña que participa en cualquier programa del Campamento War Eagle, incluidos el campamento de una noche del Campamento War Eagle, el campamento de verano de un día CWE, el campamento de día móvil CWE, o el programa postescolar CWE (colectivamente “Campamento War Eagle”)

NOMBRE DEL CAMPISTA: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____ **GÉNERO:** _____

★ESTA TARJETA DE SALUD DEBE SER LLENADA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL y REVISADA POR UN MÉDICO, ENFERMERA DIPLOMADA, ASISTENTE MÉDICO O ENFERMERA OBSTÉTRICA CERTIFICADOS Y CON LICENCIA EN EL MOMENTO DEL EXAMEN.

► CONTACTOS DE PADRES/TUTORES

PADRE/ MADRE/ TUTOR	NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	TELÉFONO DEL TRABAJO	CELULAR
Madre/tutor								
Padre/tutor								

Si los padres no están casados, por favor indique quién tiene la custodia: Madre _____ Padre _____ Compartida _____

► CONTACTOS DE EMERGENCIA

Si los padres o tutores legales no pueden ser contactados en caso de emergencia, por favor llamar a:

RELACIÓN CON EL CAMPISTA	NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	TELÉFONO DEL TRABAJO	CELULAR

► PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

NOMBRE DEL PROVEEDOR	PRÁCTICA DEL PROVEEDOR	DIRECCIÓN	TELÉFONO

► INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO o ARKids

Marque esta casilla si no tiene seguro médico

COMPañÍA DE HOSPITALIZACIÓN	N.º. PÓLIZA	N.º. GRUPO	N.º. MIEMBRO	TELÉFONO
COMPañÍA PARA MEDICAMENTOS	N.º. PÓLIZA	N.º. RX PCN	N.º. RX GROUP	N.º. RX BIN

Nombre del asegurado principal _____ Relación con el campista _____

El siguiente hospital es mi proveedor de salud preferido dentro de la red en el noroeste de Arkansas en caso de emergencia (marcar uno):

- Mercy Medical Center Northwest Medical Center – Bentonville Northwest Medical Center – Springdale

► VACUNAS

Es **NECESARIO** haber recibido todas las vacunas correspondientes para asistir al campamento. No se harán excepciones o exenciones.

Indicar todas las fechas de las vacunas o adjuntar una copia del registro de vacunas. Si las vacunas se administraron en serie, indicar la fecha de la última vacuna de la serie que recibió.

Mi campista tiene todas las vacunas necesarias al día para asistir a la escuela. Sí No

VACUNA	SÍ	NO	FECHA
DTaP/Tdap (en los últimos 10 años)			/ /
MMR			/ /
Polio			/ /
Varicela			/ /
Hepatitis A			/ /

VACUNA	SÍ	NO	FECHA
Menactra (requerida para los de 7º grado en adelante)			/ /
Hepatitis B			/ /
Influenza (opcional)			/ /
Otra			/ /

► AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PROTECTORES SOLARES

Autorizo al personal del Campamento War para que le proporcione y aplique productos de protección solar a mi hijo/a durante su participación en cualquier programa de Campamento War Eagle.

SÍ NO (por favor explique) _____

★ FIRMA DE PADRE/MADRE: NINGÚN NIÑO SERÁ ACEPTADO PARA ASISTIR SI NO PRESENTA UN FORMULARIO DE SALUD FIRMADO

AUTORIZACIÓN DE SALUD DE PADRES/TUTOR LEGAL: Por la presente autorizo al personal médico seleccionado por el **Campamento War Eagle** a obtener o proveer asistencia médica de rutina o atención salud o médica de emergencia, administrar medicamentos con o sin receta, ordenar radiografías y exámenes de rutina, hospitalizar, brindar un tratamiento apropiado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo/a identificado/a en este formulario. Además, autorizo al **Campamento War Eagle**, o a las personas que este designe, para proporcionar o hacer los arreglos necesarios para el traslado de mi hijo/a. Autorizo la entrega a o por el Campamento War Eagle o a las personas que designe de todos y cada uno de los registros, radiografías, notas y cualquier otra información que sea necesaria para el tratamiento, remisión o por alguna otra razón. Si mi campista no tiene un seguro de salud aplicable o suficiente, o si por cualquier motivo el seguro médico de mi campista no es aceptado por los proveedores locales, correrán por mi cuenta todos los pagos. Para asistir al campamento, se requiere una firma electrónica en línea de este formulario o una firma manuscrita en una versión impresa de este formulario. Si firmo este formulario electrónicamente, convengo en que la firma electrónica en esta Autorización de Salud para Padres es el equivalente jurídicamente vinculante de mi firma manuscrita.

★ Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

TARJETA DE SALUD DEL CAMPAMENTO WAR EAGLE 2018



14323 Camp War Eagle Road, Rogers, AR 72756
 Teléfono: 479-751-8899 E-mail: campwareagle@campwareagle.org Fax 479-751-8791
 Website: www.campwareagle.org

Para uso exclusivo del Campamento War Eagle

RID _____ UID _____

Sesión _____

NOMBRE DEL CAMPISTA: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____ **GÉNERO:** _____

★ESTA TARJETA DE SALUD DEBE SER LLENADA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL y REVISADA POR UN MÉDICO, ENFERMERA DIPLOMADA, ASISTENTE MÉDICO O ENFERMERA OBSTÉTRICA CERTIFICADOS Y CON LICENCIA EN EL MOMENTO DEL EXAMEN.

► HISTORIA CLÍNICA

	SÍ	NO	FECHAS	EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE
Sonambulismo (<i>currently sleepwalks</i>)			N/A	
Enuresis (<i>bedwetting currently</i>)			N/A	
Tubos auditivos (<i>current ear tubes</i>)			N/A	
Asma (<i>current asthma</i>)				
Antecedentes de infecciones por estafilococos (<i>favor de ingresar la fecha de la última ocurrencia</i>) (<i>staph infections</i>)				
Antecedentes de lesiones o enfermedades ortopédicas (<i>favor de ingresar la fecha de la última ocurrencia</i>) (<i>orthopedic injuries</i>)				
Antecedentes de lesiones/concusiones en la cabeza (<i>favor de ingresar la fecha de la última ocurrencia</i>) (<i>head injuries/concussions</i>)				
¿Se le negó / restringió la participación en los deportes por cualquier motivo en los últimos 2 años? (<i>sports restriction in last 2 years</i>)				
Hospitalizaciones previas (<i>favor de ingresar la fecha de la última ocurrencia</i>) (<i>past hospitalization</i>)				
Cirugías previas (<i>favor de ingresar la fecha de la última ocurrencia</i>) (<i>past surgery</i>)				
Enfermedad cardiovascular (<i>cardiovascular condition</i>)				
Sangrado/trastorno hemorrágico (<i>bleeding/blood disorder</i>)			N/A	
Convulsiones o epilepsia (<i>favor de ingresar la fecha de la última ocurrencia</i>) (<i>seizures/epilepsy</i>)				
Diabetes			N/A	
Alguna enfermedad recurrente/crónica/otras (<i>recurrent/chronic illness/other</i>)				
Viajó al extranjero en los 6 meses previos al campamento (<i>traveled outside U.S.</i>)				
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADD/ADHD)			N/A	
¿Ha consultado o consulta a un profesional por problemas mentales/ emocionales/ conductuales? (<i>mental/emotional/behavioral issues</i>)				
Síndrome de Asperger, autismo, PDD			N/A	
Historial o tratamiento actual por trastornos alimentarios, autolesiones. (<i>favor de indicar si el niño está recibiendo o ha recibido terapia o asistencia psicológica</i>) (<i>History of or current treatment for self harm or eating disorder</i>)				
¿Ha experimentado el campista algún hecho significativo que todavía siga afectando su vida (historial de abusos, muerte de un ser querido, cambio en la estructura familiar, adopción, hogar de acogida, otros)? (<i>significant life events</i>)				
¿Tuvo problemas de comportamiento en la escuela en los últimos 2 años? (<i>behavioral issue at school in last 2 years</i>)				
Otras condiciones / limitaciones / restricciones (<i>other conditions/limitations/restrictions</i>)				
Otra información importante sobre la salud (<i>other important health information</i>)				

► ALERGIAS (debe llenar un formulario de alergia por separado para cualquier alergia indicada)

ALERGIA	TIPO DE ALERGIA (marque uno)	REACCIONES
	Medicamento Alimento Ambiental Otro	
	Medicamento Alimento Ambiental Otro	
	Medicamento Alimento Ambiental Otro	
	Medicamento Alimento Ambiental Otro	
	Medicamento Alimento Ambiental Otro	
	Medicamento Alimento Ambiental Otro	

Por favor notifique al **Campamento War Eagle** por escrito un mes antes de su asistencia sobre cualquier restricción alimenticia médicamente verificable que requiera ajustes especiales del menú. El **Campamento War Eagle** no puede garantizar que se satisfagan todas las solicitudes ni que no habrá contaminación cruzada entre los alimentos preparados. Cada caso será considerado individualmente.)

Notas:

TARJETA DE SALUD DEL CAMPAMENTO WAR EAGLE 2018



14323 Camp War Eagle Road, Rogers, AR 72756
 Teléfono: 479-751-8899 E-mail: campwareagle@campwareagle.org Fax 479-751-8791
 Website: www.campwareagle.org

Para uso exclusivo del Campamento War Eagle

RID _____ UID _____
 Sesión _____

NOMBRE DEL CAMPISTA: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____ **GÉNERO:** _____

★ESTA TARJETA DE SALUD DEBE SER LLENADA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL y REVISADA POR UN MÉDICO, ENFERMERA DIPLOMADA, ASISTENTE MÉDICO O ENFERMERA OBSTÉTRICA CERTIFICADOS Y CON LICENCIA EN EL MOMENTO DEL EXAMEN.

► **MEDICAMENTOS ★ PADRES/TUTORES: POR FAVOR LLENEN LA SECCIÓN DE MEDICAMENTOS**

Por favor complete todas las páginas de esta tarjeta de salud y enumere abajo cualquier medicamento que tomará su campista durante el campamento de una noche del Campamento War Eagle. Adjunte las hojas adicionales que sea necesario. **Por favor, tenga en cuenta que NO se aceptan medicamentos de campistas en el Campamento de día CWE, Campamento Móvil de día CWE, o el Programa postescolar CWE..*

	Nombre del medicamento	Dosis exacta por pildora, cucharadita o ml	Cantidad de pildoras, cucharaditas o mls ingeridos cada vez	Dosis total ingerida cada vez	Veces tomadas (marque con un círculo todo lo que corresponda)	Razones por las que toma
ejemplo	Claritin	10 mg	1 tableta	10 mg	Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse <u>Según sea necesario</u>	Alergia
1					Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse Según sea necesario	
2					Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse Según sea necesario	
3					Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse Según sea necesario	
4					Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse Según sea necesario	
5					Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse Según sea necesario	

¿Hay algún medicamento de rutina que su hijo/a no vaya a tomar en el campamento de una noche? Si es fuera, por favor describa: _____

★2018 CAMPER PHYSICAL FORM (FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO DEL CAMPISTA)

TO BE COMPLETED BY HEALTH PROVIDER (DEBERÁ LLENARLO EL PROVEEDOR DE SALUD)

This examination must be performed by a **certified and licensed physician (M.D., D.O.), nurse practitioner, or physician assistant within twenty-four (24) months of arrival** at Camp War Eagle. Examination for any purpose within this period is acceptable, however, the provider must complete and sign the Camp War Eagle Form. **School or athletic forms are not acceptable.** Examination is for determining fitness to engage in strenuous activities.

Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____

	NORMAL	ABNORMAL	EXPLAIN
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ear/Nose/Throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen/Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posture (Spine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hemoglobin (optional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinalysis (optional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	YES	NO	EXPLAIN
Glasses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Current ear tubes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes/Arthritis/Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other Illness or Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cognitive, mental or emotional condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Started menstruation or informed (*Females)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dietary restrictions (not all requests can be met)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Special health considerations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Restrictions from swimming/diving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Restrictions from strenuous activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other restrictions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Notes: _____

ESSENTIAL ELIGIBILITY CRITERIA OF A CAMP WAR EAGLE CAMPER

Among other things, a successful camper must be able to, above all, **function independently** (does not require one-on-one supervision) in a remote, rustic environment for a one- to two-week time period **while living cooperatively with others**. Campers engage in activities both indoors (without air conditioning) and outdoors, on land and water in hot and humid conditions. Campers must be able to pay attention and follow instructions over a sustained period of time. The Camp War Eagle program is very active and physically challenging for campers. Daily activities include 1 hour of rigorous (often involving physical contact) team competition, and at least 3 hours of (mostly outdoor) group activities, some of which require physical stamina. Swimming can be in a lake with limited visibility or in a chlorinated pool. **If a camper has a seizure disorder or certain other chronic medical conditions, he/she must wear a lifejacket.** *If a chronic medical condition exists, the camper must be capable of "self-management".* A camper must be able to effectively interact in a group-based or community living environment. If the camper appears to have any serious behavioral issues or special circumstances involving physical, psychological, social, or emotional impairments, the Camp Director should be notified of this **NOW**. Children who cannot live independently and cooperatively with other children or those who pose safety issues in our environment cannot be accepted.

I have reviewed the ESSENTIAL ELIGIBILITY CRITERIA OF A CAMP WAR EAGLE CAMPER and have examined this child. I have reviewed this child's health history as disclosed in the Health Card by the child's parent or legal guardian and otherwise, and agree the information is accurate, with my additional comments. Other than any restrictions noted above, in my opinion, this child is fully able to engage in camp activities.

★ **EXAMINING PROVIDER SIGNATURE** _____ **DATE** _____ **PHONE** _____

PRINT NAME OF PROVIDER _____ **E-MAIL** _____

Marque aquí si le gustaría usar el formulario del examen físico archivado en el Campamento War Eagle 2017. A fin de usar el formulario del examen físico archivado del Campamento War Eagle en 2017, dicho formulario debe haber sido realizado durante los 24 meses previos a la llegada al Campamento War Eagle 2018 y el campista no debe haber sufrido ninguna enfermedad o afección médica grave que cambie los resultados del examen y el examen. Queda al exclusivo criterio del Campamento War Eagle exigir que se realice un examen físico dentro de los 12 meses previos al campamento. Usted será notificado si se requiere un examen actualizado. **NOTA: Aun si desea utilizar los resultados del examen físico correspondientes a 2017 (en archivo), deberá llenar todas las otras secciones de esta tarjeta de salud 2018.**