



CAMP WAR EAGLE 2026 TARJETA DE SALUD

NOMBRE DEL CAMPISTA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

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.

Para todos los programas del Camp War Eagle: "Camper (Campista)" se define como cualquier niño o niña que participe en cualquier programa de Camp War Eagle, incluido el Campamento de Noche de Camp War Eagle, el programa de Campamento de Verano de Día de CWE, el Campamento Móvil de Día de CWE y / u OZONE (colectivamente, "Camp War Eagle").

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 _____

VACUNAS

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

Llene abajo Y envíe una copia del registro de vacunas. Por favor indique la fecha de la última vacuna de tétano (DTaP/Tdap) recibida.

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			
Varicella/Chicken Pox			
Hepatitis A			

VACUNA	SÍ	NO
Menactra (requerida para los de 7º grado en adelante)		
Hepatitis B (opcional)		
Influenza (opcional)		
COVID-19 (opcional)		
Otro (opcional)		

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE PROTECTORES SOLARES

Autorizo al personal del Camp War para que le proporcione y aplique productos de protección solar a mi hijo/a durante su participación en cualquier programa de Camp 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 Camp 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, detectar enfermedades o virus, brindar un tratamiento apropiado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo/a identificado/a en este formulario. Además, autorizo al Camp 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 Camp 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 _____

CAMP WAR EAGLE

14323 Camp War Eagle Road, Rogers, AR 72756

Teléfono: 479-751-8899 Email: campwareagle@campwareagle.org

Página 1 de 3

(FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS)

Llené y envíe esta forma al Camp War Eagle.



CAMP WAR EAGLE 2026 TARJETA DE SALUD

NOMBRE DEL CAMPISTA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

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

	SI	NO	FECHAS	EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE
Sonambulismo reciente (<i>currently sleepwalks</i>)			N/A	
Enuresis reciente (<i>bedwetting currently</i>)			N/A	
Tubos auditivos reciente (<i>current ear tubes</i>)			N/A	
Asma reciente (<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 indique si se está tratando actualmente por convulsiones y 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 a un profesional por problemas mentales/ emocionales/ dificultades de comportamiento? (<i>previous mental/emotional/behavioral issues</i>)				
¿Consulta recientemente a un profesional por problemas mentales/ emocionales/ dificultades de comportamiento? (<i>current mental/emotional 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>)				

Llené y envíe esta forma al Camp War Eagle

PLANES DE CONVULSIONES: Todos los campistas que estén siendo tratados por un trastorno convulsivo deben presentar un plan de crisis al campamento antes de la aprobación para su asistencia.

ALERGIAS (Por favor enumere las alergias que son verificadas médicamente por un médico -debe llenar un formulario de alergia por separado para cualquier alergia indicada)

☐ NINGUNO. Por favor marque aquí si la campista no tiene alergias conocidas.

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

El Camp War Eagle NO ofrece opciones de comida vegetariana, sin lácteos, sin soja, sin cacahuets/nueces de árbol o otras opciones de comidas sin alérgenos, o de cualquier otro tipo actualmente, excepto una opción sin gluten por una tarifa adicional. (No se puede garantizar un entorno libre de la contaminación cruzada.) Todos los campistas deben de ser capaces de "auto cuidarse" en los montos y tipos de comida que él/ella consume. No se aceptarán sustituciones de comidas o alimentos alternativos traídos al campamento de noche.

Notas:



CAMP WAR EAGLE

2026 FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

NOMBRE DEL CAMPISTA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

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 Camp 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, y/o OZONE.*

	Nombre del medicamento	Dosis exacta por píldora, cucharadita o ml	Cantidad de píldoras, cucharaditas o mls	Veces tomadas (marque con un círculo todo lo que corresponda)	Razones por las que toma
<i>ejemplo</i>	<i>Claritin</i>	<i>10 mg</i>	<i>1 tableta</i>	Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse <u>Según sea necesario</u>	<i>Alergia</i>
<u>1</u>				Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse Según sea necesario	
<u>2</u>				Desayuno Almuerzo Cena Al acostarse Según sea necesario	
<u>3</u>				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: _____

2026 CAMPER PHYSICAL EXAMINATION (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 _____
--------------	--------------	----------------------

	ABNORMAL	NORMAL	EXPLAIN
Eyes/Glasses	☐	☐	
Ear/Nose/Throat	☐	☐	
Lungs	☐	☐	
Heart	☐	☐	
Abdomen/Hernia	☐	☐	
Dental	☐	☐	
Skin	☐	☐	
Posture (Spine)	☐	☐	
Muscular/Skeletal	☐	☐	
Other Extremities	☐	☐	
	YES	NO	EXPLAIN
Current ear tubes	☐	☐	
Diabetes/Arthritis/Cancer	☐	☐	
Surgical History	☐	☐	
Other Illness/Condition	☐	☐	
Cognitive, mental or emotional condition	☐	☐	
Dietary restrictions (not all requests can be met)	☐	☐	
Special health considerations	☐	☐	
Restrictions from swimming/diving	☐	☐	
Restrictions from strenuous activity	☐	☐	
Other restrictions	☐	☐	

Allergies: _____

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-week 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 and in a chlorinated pool. **If a camper has a seizure disorder or certain other chronic medical conditions, he/she must wear a life jacket.** 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**. If the camper has any health conditions or predispositions to health conditions which might place camper at a higher risk for severe illness upon exposure to or contracting a communicable disease, the Camp Director should be notified of this. 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 on this form, in my opinion, this child is fully able to engage in camp activities.

★ EXAMINER SIGNATURE _____

PRINT NAME OF EXAMINER _____

DATE _____

PHONE _____

E-MAIL _____

☐ **PADRES:** Marque aquí si le gustaría usar el formulario del examen físico archivado en el Camp War Eagle 2025. A fin de usar el formulario del examen físico archivado del Camp War Eagle en 2025, dicho formulario debe haber sido realizado durante los 24 meses previos a la llegada al Camp War Eagle 2026, 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 Camp 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 2025 (en archivo), deberá llenar todas las otras secciones de esta tarjeta de salud 2026.