



Campamento de Verano de SJN: Historial de Salud y Formulario de Autorización del Participante

Por favor solo utilizar tinta azul o tinta negra para rellenar.



Sección I: Información de Contacto

Nombre del Participante: _____ Apodo: _____
PRIMER NOMBRE INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Genero: Masculino Femenino
MES DIA AÑO

Grado (Otoño 2019): _____ Escuela: _____ Talla de Camisa: _____ Niño/Adulto S M L XL

Dirección de casa: _____
CALLE CIUDAD ESTADO ZIP

Nombre del Padre/ Guardián: _____ Relación: _____
NOMBRE APELLIDO

Teléfono del Padre/ Guardián: _____ Casa Celular Trabajo

Correo Electrónico de Padre/ Guardián: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
(SI NO HEMOS PODIDO CONTACTAR AL PADRE/ GUARDIÁN) NOMBRE APELLIDO

Teléfono del Contacto de Emergencia: _____ Casa Celular Trabajo

Seleccione una palabra clave para ser utilizado por aquellos recogiendo a su(s) hijo(s): _____

PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE NUESTROS NIÑOS PEDIMOS QUE **TODA PERSONA** (INCLUYENDO A LOS PADRES) RECOGIENDO A SU(S) HIJO(S) PROPORCIONEN ESTA PALABRA CLAVE A NUESTRO VOLUNTARIO DE SALIDA ANTES QUE EL NIÑO SALGA. POR FAVOR INFORMEN A LOS QUE TRANSPORTARAN A SUS HIJOS DE ESTA PALABRA CLAVE QUE A SIDO SELECCIONADA. SOLO UNA PALABRA CLAVA POR FAMILIA ES NECESARIA. POR FAVOR SELECCIONE LA MISA PALABRA CLAVE PARA CADA UNO DE SUS HIJOS.

Por favor escriba abajo cualquier individuo que **NO ESTA AUTORIZADO** a recoger a su hijo del campamento:

Nombre: _____ Relación: _____
NOMBRE APELLIDO

Nombre: _____ Relación: _____
NOMBRE APELLIDO

RAZONES (opcional): _____

Sección II: Información del Seguro de Salud

El participante esta cubierto por el seguro medico/ seguro de hospital de la familia? Si No

Nombre del Seguro: _____

de Grupo: _____ # de Miembro: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación: _____
NOMBRE APELLIDO

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sección III: Historial de Salud

Por favor sepan que valoramos su privacidad. La información del Historial de Salud esta disponible solo para el equipo de Primeros Auxilios y de nuestro personal.

El participante tiene un historial de lo siguiente:

1. Asma 2. Diabetes 3. Convulsiones 4. Mareos
 5. Dolores de Cabeza 6. Defecto del Corazón 7. Alergias 8. Lesión Reciente

Por favor escriba el numero y proporcione una explicación de los elementos seleccionados: _____

Sección IV: Medicamentos

Si un padre o guardián del participante es incapaz de estar presente para administrar cualquier medicamento necesario, solamente un Miembro del Personal de SJN o un Voluntario de Primeros Auxilios del Campamento de SJN puede administrar la medicación conforme a esta autorización.

Instrucciones escritas directamente del medico del niño deben ser proporcionados y deben declarar lo siguiente:

1. El nombre del niño;
2. El nombre del medicamento;
3. La dosis adecuada de la medicación;
4. El propósito de la medicación;
5. La hora del día/ circunstancia en las que el medicamento debe ser administrado;
6. El numero previsto de días que el medicamento debe ser administrado; y
7. Los posibles efectos secundarios de la medicación.

Todo medicamento deber estar en un recipiente debidamente etiquetado por la farmacia o el medico del niño y debe ser recogido con el niño al final del día. Si un niño tiene una condición que podría requerir medicamentos en caso de emergencia (por ejemplo en el caso de una reacción alérgica o un ataque de asma) el padre del niño o guardián legal debe proporcionar toda la información necesaria y entrenar o dar instrucciones al personal/ voluntario que estaría responsable de la administrar de tal medicación o de realizar de este tipo de procedimiento medico.

Sección V: Liberación

COMO PADRE Y / O TUTOR LEGAL, SIGO SIENDO LEGALMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER ACCIÓN PERSONAL TOMADA POR EL MENOR MENCIONADO ANTERIORMENTE. ESTOY DE ACUERDO EN MI NOMBRE, EL HIJO MENOR MENCIONADO ANTERIORMENTE, NUESTROS HEREDEROS, SUCESORES Y CESIONARIOS, MANTENER INDEMNEMENTE Y DEFENDER A LA DIÓCESIS CATÓLICA ROMANA DE CHARLOTTE, SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES, EMPLEADOS, ACOMPAÑANTES, REPRESENTANTES Y AGENTES, Y CUALQUIER OTRA ENTIDAD O INSTITUCIÓN PARTICIPANTE, SUS EMPLEADOS Y AGENTES, ACOMPAÑANTES O REPRESENTANTES ASOCIADOS CON LAS ACTIVIDADES, DE CUALQUIER RECLAMO QUE SURJA DE O EN CONEXIÓN CON EL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE QUE PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES, O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN (INCLUIDA LA MUERTE) Y / O EL COSTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN RELACIÓN CON EL MISMO, SIN LIMITACIÓN, Y ACEPTO COMPENSAR A LA ENTIDAD O INSTITUCIÓN SUPERVISORA, SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES Y AGENTES, Y LA DIÓCESIS CATÓLICA ROMANA DE CHARLOTTE, SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES, EMPLEADOS, ACOMPAÑANTES, REPRESENTANTES Y AGENTES ASOCIADOS CON LAS ACTIVIDADES POR LOS HONORARIOS Y GASTOS RAZONABLES DE ABOGADOS EN LOS QUE PUEDAN INCURRIR EN CUALQUIER ACCIÓN ENTABLADA CONTRA ELLOS COMO RESULTADO DE TAL JURADO O DAÑO. CON LA EXCEPCIÓN DE LO ANTERIOR, POR LA PRESENTE GARANTIZO QUE, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, MI HIJO GOZA DE BUENA SALUD Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LA SALUD DE MI HIJO. DOY MI PERMISO PARA QUE EL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE, EN CASO DE UNA EMERGENCIA, SEA LLEVADO A UN MÉDICO Y / O AL HOSPITAL POR EL SUPERVISOR A CARGO O POR UN ADULTO AUTORIZADO POR EL SUPERVISOR A CARGO. ENTIENDO QUE SE HARÁN TODOS LOS ESFUERZOS RAZONABLES PARA CONTACTARME. SIN EMBARGO, SI NO PUEDEN COMUNICARSE CONMIGO, POR LA PRESENTE DOY PERMISO AL MÉDICO SELECCIONADO POR DICHO ADULTO PARA QUE HOSPITALICE Y ASEGURE EL TRATAMIENTO ADECUADO (INCLUIDA LA CIRUGÍA) PARA EL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE; Y PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS AL PERSONAL MÉDICO. EL COSTO DE CUALQUIER ATENCIÓN MÉDICA O TRATAMIENTO OBTENIDO PARA EL BENEFICIO DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE SERÁ MI GASTO Y NO SERÁ PAGADO POR LA DIÓCESIS CATÓLICA ROMANA DE CHARLOTTE. AUTORIZO A LA IGLESIA ST. JOHN NEUMANN Y A LA DIÓCESIS DE CHARLOTTE A USAR FOTOS O VIDEOS DE MI HIJO TOMADOS DURANTE EL CAMPAMENTO DE VERANO DE SJN CON FINES PROMOCIONALES.

Firma de Padre/ Guardián: _____ Fecha: _____

Sección VI :

Adultos y adolescentes: ¡Necesitamos voluntarios! Marque las áreas en las que está interesado en ser voluntario.

1- Hospitalidad, Montaje, Limpieza. ¿Estás dispuesto a llegar temprano o quedarte hasta tarde? Si No

2-Juegos 3- Musica 4- Artesania 5- Fe

En persona: pago es necesario al momento de registración En-línea: pago debe ser recibido dentro de 5 días o arriesgarse a perder espacio. Mandar forma a Kelly@4sjnc.org.

Costo: \$50
Pagado: ____/____/2021
Método: _____

**Solo uso
de oficina**