



**Camp Ronald McDonald for Good Times®**  
 1250 Lyman Pl, Los Angeles, CA 90029  
[www.rmhcsc.org/camp](http://www.rmhcsc.org/camp)

**Teléfono (310) 268-8488**  
**Fax (310) 473-3338**

Esta aplicación está disponible a cualquier niño(a) o hermano(a) de algún niño(a), que tenga o que haya sido tratado contra el cáncer, sin importar la raza, color, sexo, religión o nacionalidad. La aprobación final de aceptación al Campamento será determinada después de una revisión cuidadosa de las formas en las cuales usted acepta las condiciones médicas y de conducta durante cada sesión.

**UNA NUEVA APLICACIÓN ES REQUERIDA PARA CADA SESIÓN.**

Nombre del Campista \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  Niño  Niña

Apodo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado Escolar \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. De Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estad \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ **Debe de poner Dos Números de Teléfono Válidos**

**Campamento de Verano 2019 - Escoja una sesión y una ubicación**

Sesión	Edad	Los Angeles	Loma Linda	Long Beach	Orange	Bakersfield	A Campo
<input type="checkbox"/> Junio 16 – Junio 21	(1906) Ages 9-18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Julio 8-13	(1907) Ages 9-18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Julio 19 – 24	(1908) Ages 9-18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Julio 30 – Agosto 4	(1909) Ages 9-18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agosto 10-15	(1910) Ages 9-18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE FAMILIA: (Debe ser llenado por un Padre o Guardián):**

Nombre de la Madre/Guardián _____	Nombre de Padre/Guardián _____
Celular (_____) _____	Celular (_____) _____
Dirección (Si es diferente del Campista) _____	Dirección (Si es diferente del Campista) _____
Empleador _____	Empleador _____
Tel. de Trabajo (_____) _____	Tel. de Trabajo (_____) _____
Correo Electrónico _____	Correo Electrónico _____
¿El niño(a) vive con quién?: _____ Si el niño(a) no vive con los dos padres, ¿Quién tiene custodia legal? _____	

**Persona que debe contactarse en caso de Emergencia, SOLAMENTE SI LOS PADRES NO PUEDEN SER LOCALIZADOS:**

Nombre _____	Relación al Niño(a) _____
Tel. de Trabajo (____) _____	Tel. de Casa (____) _____ Celular (____) _____
Nombre _____	Relación al Niño(a) _____
Tel. de Trabajo (____) _____	Tel. de Casa (____) _____ Celular (____) _____

**INFORMACION DE FAMILIA: Esta información no afectaría su habilidad de atender el Campamento Ronald McDonald for Good Times**

Número de gente que viven en su casa: \_\_\_\_\_

Etnia/Raza:  Afro-Americano  Asiatico  Anglosaxon  Latino  Indio Americano  Otro

Promedio del ingreso de la familia:  \$0-\$11,670  \$11,671-15,730  \$15,731-19,790  \$19,791-23,850  
 \$23,851-27,910  \$27,911-31,970  \$31,971-36,030  \$36,031- \$40,090  \$40,091-\$50,000  
 \$500,001- \$65,000  \$65,001-\$75,000  \$75,001-90,000  90,000 o Mas

Aproximadamente costos anuales de cobros médicos: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN: Para poder cuidar mejor a su hijo(a), por favor proporcione el nombre de la persona (aparte de los padres/guardianes) a quien usted autoriza recoger a su hijo en caso de que usted no pueda hacerlo. La persona autorizada debe ser mayor de 18 años.**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Niño(a) \_\_\_\_\_

Tel. de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL CAMPISTA

Las siguientes preguntas son importantes para ayudar al Campista tener una transición fácil al Campamento. La siguiente información será compartida con el consejero de su hijo(a). Esta forma deberá de ser llenada por un Padre o Guardián.

Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_

¿Ha dormido fuera de casa su hijo(a) alguna vez? Si  No

Por favor escriba los nombres y las edades de los hermanos(as) de los Campistas:

---

¿Ha asistido si hijo(a) a Camp Ronald McDonald for Good Times® Camps? Si  No

¿Como se siente su hijo(a) sobre ir al Campamento?  Resistente  Nervioso  Bien  Emocionado  Muy Entusiasmado!

¿Aparte de divertirse, qué espera usted que su hijo(a) aprenda o viva en asistir al Campamento? (Seleccione los necesarios)

- Cuidarse a si mismo  Mejor autoestima  Aprender a hacer amigos  Ser parte de un grupo  Ser líder  
 Ayudar a otros  Solucionar problemas  Ser mas independiente  Intentar algo nuevo  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Qué responsabilidades tiene su hijo(a) en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué le gusta hacer a su hijo(a) en su tiempo libre? (Seleccione los necesarios)

- Deportes  Bailar  Ver TV  Juegos de mesa  Computadora  Líder de un club o de su escuela  
 Cocinar  Actuar  Pintar/Dibujar  Escuchar música  Instrumento Musical  Pasar tiempo con amigos  
 Leer  Trabajo  Club juvenil  Hablar por teléfono  Mandar mensajes de texto  
 Videojuegos (Playstation, Wii, Xbox, PSP)  Otro \_\_\_\_\_

Su hijo(a) se lleva bien con otros niños en: ¿La escuela? Si  No  ¿En grupos?  ó ¿Solo se lleva bien con una otra persona?

Describe \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) se junta con niños de: ¿Su edad?  ¿Más grandes?  ó ¿Más jóvenes?

¿Su hijo(a) recibe asistencia en su educación? (i.e. IEP, Resource, clases especiales) Si  No

Describe \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) necesita ayuda en las siguientes actividades? (Seleccione los necesarios)

- Lavar los dientes  Cepillarse el cabello  Vestirse  Bañarse  Ir al baño  No aplica

¿Su hijo(a) sabe nadar? Si  No  (Cada Campista recibirá un examen de natación; natación es una actividad de verano)

Hora de dormir: (Seleccione los necesarios)

- Moja la cama  Miedo a la oscuridad  Ronca  Pesadillas  Problemas para dormir  Habla en su sueño  
 Sonámbulo  Tarda en ir a dormir  No aplica  Otro \_\_\_\_\_

Por favor describa la alimentación de su hijo(a):

- Come bien  Selectivo en lo que va a comer  Come tentempié varias veces al día  No come una vez al día

Necesita ser recordado  Necesita ayuda en su selección de comida  Otro \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alguna restricción alimenticia? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha vivido experiencias fuertes este año (muerte en la familia, amigo o mascota, divorcio, matrimonio, servicio militar)?

Si  No

Describe \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que quiera comunicar o expresar al consejero sobre su hijo(a)?

Describe \_\_\_\_\_

---

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO DEL CAMPISTA (Debe ser llenado por un Padre o Guardián)**

**PARA PACIENTES EN ONCOLOGÍA:**

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Oncologo del paciente: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene un portacath? Si  No

¿Su hijo(a) tiene un catéter venoso central/ central venous catheter (Hickman or Broviac catheter or PICC)? Si  No

¿Su hijo(a) necesita ayuda con lavados del heparin o ayuda cambiándolo? Si  No

¿Su hijo(a) tiene otros cuidados médicos que debemos saber (i.e. shunt, G-tube, TPN, ostomy)?

**PARA TODOS LOS CAMPISTAS: Pacientes ó Hermanos(as)**

**HISTORIAL MÉDICO:** Por favor describa y anote las fechas si las conoce. Si no aplica por favor seleccione "NO".

Peso del Campista \_\_\_\_\_ Lbs

Estatura del Campista \_\_\_\_\_

Si  No  Asma \_\_\_\_\_

Si  No  Dificultad en visión y/o audición \_\_\_\_\_

Si  No  Problemas Cardiacos \_\_\_\_\_

Si  No  Problemas Neurológicos/ Problemas Musculares \_\_\_\_\_

Si  No  Varicela (o inmunización) \_\_\_\_\_

Si  No  Alergias a picaduras de insectos \_\_\_\_\_

Si  No  Vacuna de la gripe (anual) \_\_\_\_\_

Si  No  Alergias Alimenticias \_\_\_\_\_

Si  No  Diabetes \_\_\_\_\_

Si  No  Alergias a Medicamentos \_\_\_\_\_

Si  No  Convulsiones/ Temblores \_\_\_\_\_  
(tipo y frecuencia)

Si  No  Otro \_\_\_\_\_

**Por favor añada una copia de la inmunización más reciente incluyendo la fecha de la última vacuna de Tétano.**

Cirugías o lesiones recientes: \_\_\_\_\_

Describe alguna incapacidad física y/o las limitaciones físicas \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) necesita/utiliza algún equipo especial como silla de ruedas, prótesis, muletas, o silla de baño? Si  No

Describe \_\_\_\_\_

¿Si la Campista es niña, ha comenzado a menstruar? Si  No  Utiliza: Toalla femenina  ó Tampones

**CONDUCTA:** Seleccione las condiciones médicas que apliquen.

ADD/ADHD  Ansiedad  Depresión  Desorden Bipolar  Síndrome de Trauma  Otro  \_\_\_\_\_

No Aplica

¿Si sí, ha sido prescrito medicamentos? Si  No

Nombres los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) está tomando medicamentos ahora? Si  No  ¿Si no, porqué? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) estará tomando estos medicamentos durante el Campamento? Si  No  ¿Si no, porqué? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** (Deberá ser completado por Padre o Guardián): **¿Su hijo está tomando medicamento? Si  No**

**NOTA: Por favor mande todos los medicamentos con instrucciones, tiempos de suministros al Campamento.**

**Medicamentos deberán de estar en su contenedor original. Medicamentos desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

Añada paginas adicionales si es necesario.

Nombre de Medicina	Dosis	Día(s) de la Semana	El Tiempo de Día Para Ser Dado	Otras Instrucciones
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Hora de Acostarse <input type="checkbox"/> Otro	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Hora de Acostarse <input type="checkbox"/> Otro	
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Hora de Acostarse <input type="checkbox"/> Otro	

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_

## EXPECTATIVAS DEL CAMPISTA Y CONDICIONES PARA REGISTRARSE

### EXPECTATIVAS DEL CAMPISTA

Para que el Campamento sea seguro, divertido y disfrutado por todos, hay algunas expectativas de cómo los Campistas deben comportarse en nuestra comunidad. En el Campamento esperamos que todos contribuyan a un ambiente emocionalmente seguro, a un ambiente físicamente seguro y que se respeten las instalaciones y el equipo del Campamento. Para ilustrar mejor nuestras expectativas, pero no está limitada a la siguiente lista, se espera de nuestros Campistas:

#### Contribuyendo a un ambiente emocionalmente seguro

- Cada Campista debe tratar a todos los demás en el Campamento con respeto y consideración.
- El Campamento no tolerará intimidación, abuso físico o verbal, o destrucción de propiedad.
- Malas palabra y lenguaje ofensivo no es aceptable en el Campamento, incluyendo música y ropa con palabras ofensivas.
- Comportamiento físico, sexual o sugestivo no es apropiado ni aceptable en el Campamento.
- El Campamento es una experiencia para vivir en grupos. Para que el Campamento funcione con éxito, todos deben cooperar siguiendo las reglas de cada cabaña.

#### Contribuyendo a un ambiente físicamente seguro

- Cooperar y ayudar con tareas diarias (limpieza de cabaña, actividades de limpieza, cocinar en eventos de noche, empackando y descargando).
- Bebidas alcohólicas, drogas ilegales, fumar y/o productos con tabaco no son permitidos en el Campamento.
- Pistolas, cuchillos, resorteras, fuegos artificiales o cualquier otro tipo de armas no son permitidas en el Campamento.

#### Respetar las instalaciones del campamento y el equipo.

- El equipo del Campamento debe ser usado apropiadamente.
- Escribiendo o dibujando en las instalaciones del Campamento como en las literas, alfombras y paredes de los baños no se tolera.

#### Comunidad sin Aparatos Electrónicos

- Campamento tiene una nueva regla para Campistas y voluntarios: "aparatos electrónicos se quedan en casa."
- Se le pide a los Campistas no usar aparatos electrónicos en el Campamento. Esto incluye pero no limita a: teléfonos celulares, PSP, iPod, DVD, computadora laptop, grabadora de video. Aparatos como MP3 (iPod) solo serán utilizados en ciertos momentos mientras no cause distracción en las actividades del Campamento.
- Las Campistas no deben usar sus celulares como relojes o como cámara para fotos o video.
- Si se encuentra a un Campista utilizando aparatos electrónicos, se le guardará y al final del Campamento será entregado.

Si en cualquier momento durante el Campamento estas expectativas son traspasadas, o si el Director del Campamento siente que el comportamiento de un campista está afectando la experiencia positiva en el campamento, los padres o guardian serán notificados y tendrán recoger a su niño(a) del Campamento por su propia cuenta. Hemos leído, discutido y entendido las expectativas del campista.

→Firma del Campista: \_\_\_\_\_ →Firma Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

### CONDICIONES PARA REGISTRARSE

El bienestar de cada Campista es de suma importancia para el personal de Camp Ronald McDonald for Good Times® (CRMfGT). El siguiente consentimiento es un requisito para el cubrimiento de su seguro médico y un recordatorio importante para usted como padre/madre o participante se asegure que tanto usted como su hijo/a estén propiamente preparados.

1. Comprendo que los programas ofrecidos por medio de CRMfGT puede implicar cualquier clase de riesgo: Caminatas, acampar, educación del ambiente, natación, actividades de iniciativa, altos/bajos eventos con lazo, escalar piedras grandes, montar caballos, caminata con mochilas y transportación. Estas actividades potencialmente peligrosas podrían ocasionar daño personal, daño a propiedad, muerte o enfermedad. Comprendo que CRMfGT no requiere que yo, o mi niño(a) participe en la experiencia del Campamento. En reconocimiento del peligro potencial de participación, yo, o mi niño(a), mis herederos y asignados, por las presente liberan a CRMfGT y Ronald McDonald House Charities® of Southern California (RMHCSC) y sus directores, administradores, empleados y personal de todo reclamo y responsabilidad, incluyendo todo reclamo y responsabilidad de negligencia debido a la participación de actividades. Adicionalmente, estoy de acuerdo en ser inofensivo e indemnizar a CRMfGT y RMHCSC y sus agentes por todos los costos de defensa, incluyendo gastos de abogados, y cualquier otro gasto resultando en conexión con mi participación en esta actividad.  
Es el intento del infrascrito de eximir y aliviar CRMfGT y RMHCSC y sus directores, administradores, empleados y personal de cualquier responsabilidad por daño personal, daños de propiedad o muerte equivocada causada por negligencia.
2. CRMfGT y RMHCSC no aceptan responsabilidad por la pérdida, daño o robo de las pertenencias de su hijo/a.
3. Los padres o tutores que salgan de su domicilio durante la estancia del niño(a) en el Campamento, deberán informar a los administradores del Campamento donde pueden ser localizados en caso de emergencia.
4. El programa de seguro de accidentes de RMHCSC y CRMfGT constituye una cobertura secundaria para los Campistas. Cualquier reclamo que surgiera deberá ser primeramente presentado a la compañía de seguro de la familia.

→ **Los reclamos médicos se envían a:**  Ningún Seguro  
 MediCal # \_\_\_\_\_  CCS# \_\_\_\_\_  
 Seguro Privado (Nombre de la compañía de Seguro y Número de la póliza y/o certificado) \_\_\_\_\_  
Dirección de Seguro \_\_\_\_\_ y Teléfono \_\_\_\_\_

5. En caso de emergencia médica y/o cirugía, por este medio usted autoriza al personal médico del CRMfGT para que éste efectúe o proporcione Rayos-X, anestesia, asistencia médica, dental o quirúrgica, tratamiento y/o asistencia hospitalaria, que se consideren necesarias por y bajo la supervisión de cualquier doctor, dentista o cirujano certificado conforme a las disposiciones del Decreto del Ejercicio de la Medicina en el Estado de California / o el Decreto del Ejercicio de Odontología en el Estado de California. Dichas autorizaciones se expiden conforme a las disposiciones enumeradas en la Sección 25.8 del Código Civil de California.
6. CRMfGT y RMHCSC tienen el permiso absoluto de utilizar la imagen de su niño(a) impresa o en cinta magnetofónica o película, con cualquier propósito que sea legal.
7. Toda la información aquí presentada es correcta, según mi leal entender y saber, y el niño(a) mencionado/a por este medio tiene el permiso de participar en las actividades antes dichas, con la excepción que indiqué, y que especificó el doctor que examinó al niño(a).

He leído toda esta cesión de reclamos y lo entiendo completamente. He satisfecho mis preguntas y preocupaciones referentes a las actividades mencionadas arriba al hablar con representantes de CRMfGT.

→Firma del campista/participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
→Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_