



Camp Ronald McDonald for Good Times®

1250 Lyman Place Los Angeles CA 90029
www.rmhcsc.org/camp

Telefono (310) 268-8488

Fax (310) 473-3338

Esta aplicación esta 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 cuidadosa revisión de las formas en las cuales usted acepta las condiciones médicas y de conducta durante cada sesión.

Office Use Only:

UNA NUEVA APLICACIÓN ES NECESITADA A REGISTRAR PARA CADA SESIÓN

Nombre del campista _____ Apellido _____ Niño Niña

Apodo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Grado Escolar _____

Dirección _____ Tel. de la casa (____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Celular (____) _____

Condado de _____

Debe Listar Dos Números de Teléfono Válidos

CAMPAMENTO DE INVIERNO del 2020– Escoja una sesión y una ubicación

Sesión	Edades	Los Ángeles	Loma Linda	Long Beach	A Campo
<input type="checkbox"/> Enero 17-20 (2001)	Edades 16- graduacion de high school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE FAMILIA:

Nombre de la Madre/Guardián _____

Nombre del Padre/Guardián _____

Celular (____) _____

Celular (____) _____

Dirección (si es diferente) _____

Dirección (si es diferente) _____

Empleador _____

Empleador _____

Tel. de Trabajo (____) _____

Tel. de Trabajo (____) _____

Correo Electrónico _____

Correo Electrónico _____

El niño(a) vive con quien _____ Si el niño no vive con los dos padres, ¿quién tiene la custodia legal? _____

Persona que debe contactarse en caso de EMERGENICA, SOLAMENTE SI LOS PADRES NO PUEDEN SER LOCALIZADO:

Nombre _____ Parentesco con el Niño _____

Tel. de Trabajo (____) _____ Tel. de Casa (____) _____ Celular (____) _____

Nombre _____ Parentesco con el Niño _____

Tel. de Trabajo (____) _____ Tel. de Casa (____) _____ Celular (____) _____

AUTORIZACIÓN para entregar al niño a otra persona: Para poder cuidar mejor de su hijo desde el comienzo hasta el final de su estadía en el Campamento, por favor proporcione el nombre de cualquier persona (a parte de los padres o tutores) 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 _____ Parentesco con el Niño _____

Tel. de Trabajo (____) _____ Tel. de Casa (____) _____ Celular (____) _____

OPCIONAL: Para que nosotros podamos continuar proporcionando sesiones de campamentos sin costo alguno a nuestros niños y sus familias, les pedimos que contesten las siguientes preguntas. Esta información será usada para propósitos de financiamiento solamente y no determinará la posibilidad de que su niño(a) asista al Camp Ronald McDonald for Good Times®.

Etnia / Raza: Afro-Americano Asiático/Isleño pacífico Anglosaxón (Caucasian) Latino Indio norteamericano Otro

Número de personas viviendo en su casa _____

Promedio del ingreso anual de la familia:

- \$20,147-\$27,214 \$27,215-\$34,281 \$34,282-\$41,348 \$41,349-\$48,415
 \$48,416-\$55,482 \$55,483-\$62,549 \$62,550-\$69,616 \$69,617 y mas

Nombre del Campista: _____

INFORMATION 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 _____

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

PARA PACIENTES EN ONCOLOGÍA:

Diagnóstico _____

¿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	
			<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	

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 como los campistas se comportan en nuestra comunidad. En el campamento esperamos que todos contribuyan a un ambiente emocionalmente seguro, a un ambiente físicamente seguro y respete las instalaciones y equipo del Campamento. Para ilustrar mejor nuestras expectativas de nuestros campistas, hemos proporcionado una lista abajo:

Contribuye 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, verbal o abuso físico, o destrucción de propiedad.
- Malas palabras y lenguaje ofensivo no es aceptable en el Campamento.
- Comportamiento físico, sexual o sugestivo no es apropiado ni aceptable en el Campamento.
- El campamento es una experiencia en vivir en grupos. Para que el Campamento funcione con éxito, todos deben cooperar siguiendo las reglas de cada cabaña.

Contribuye a un ambiente físicamente seguro

- Cooperar y ayudar con tareas diarias (limpieza de cabaña, actividades de limpieza, cocinar en las lunadas (eventos en la noche), empacando y descargando.
- Bebidas alcohólicas, drogas ilegales, fumar 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 es usado apropiadamente.
- Escribiendo o dibujando en las instalaciones del Campamento como en las literas, alfombras y paredes de los baños no se tolera.

Si en cualquier momento durante el campamento estas expectativas son traspasadas, o si el Director del Campamento siente que el comportamiento de un campista esta afectando la experiencia de un campamento positivo, los padres o guardián serán notificados y tendrán que venir a llevarse 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 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 quirúrgica, 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: _____