

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número de sesión: \_\_\_\_\_

## 2018 Holiday Home Camp – Inscripción del campista e Historia médica

**La inscripción e historia médica debe ser completada por el padre/tutor.**

**Una copia del seguro médico del excursionista y registro de vacunas debe incluirse al entregar este formulario.**

### Información del campista

Primer nombre del campista	Apellido del campista	Fecha de nacimiento ____/____/____	Edad en el campamento
Género (por favor encierre en un círculo):  Male or Female	Grado al comienzo del otoño de 2018:  _____	Este será mi ____ año en el Holiday Home Camp	Es un niño(a) de acogida (por favor encierre en un círculo)  Sí o NO

### Por favor encierre en un círculo una sesión de su elección

Sesión 1 6 días	Sesión 2 6 días	Sesión 3 - ELITES 4 días	Sesión 4 6 días	Sesión 5 6 días	Sesión 6 6 días	Sesión 7 6 días
18 – 23 de junio	26 de junio – 1 de Julio	5 – 9 de julio	13 – 18 de julio	22 – 27 de julio	30 de julio – 4 de agosto	6 – 11 de agosto

**Solicitud de compañero de cabaña.** En Home Camp nos empeñamos en acomodar las solicitudes de compañeros de cabaña, pero no todas las solicitudes son posibles. En las peticiones de compañeros de cabaña los campistas no pueden superar 1 año de diferencia de edad. Por favor, recuerde que el campamento es un lugar para hacer nuevos amigos.

Nombre del compañero de cabaña:	Nombre de compañero de cabaña:
---------------------------------	--------------------------------

### Información de recomendación

Agencia/Organización/Escuela de recomendación	Nombre de persona de recomendación
Teléfono de persona de recomendación	Email de persona de recomendación

### Información del tutor

**Primer padre/tutor que vive con el campista. Esta es la dirección permanente del campista.**

Primer Nombre	Apellido	Relación con el campista
Dirección de domicilio	Ciudad, estado, ZIP	Email
Teléfono fijo	Celular	Teléfono del trabajo

### Segundo padre/Tutor

Primer nombre	Apellido	Relación con el campista
Dirección de domicilio	Ciudad, Estado, ZIP	Email
Teléfono fijo	Celular	Teléfono del trabajo

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número de sesión: \_\_\_\_\_

**Junto a los padres/tutores listados, los contactos de emergencia serán autorizados a recoger a su campista en el campamento. Otras personas no podrán recoger su campista a menos que sea acordado con el Registro del Campamento.**

Nombre	Relación	Teléfono durante el día	Teléfono durante la noche
Nombre	Relación	Teléfono de día	Teléfono de noche

### Transporte

<b>Hacia el campamento – Primer día</b> (Marque una celda abajo)		<b>Desde el campamento – Último día</b> (Marque una celda abajo)	
	Union Station de Chicago - 10:30 am		Union Station de Chicago - 10:30am
	Escuela Vernon de Kenosha - 12:00 pm		Escuela Vernon de Kenosha - 9:00am
	Mitchell Park Domes de Milwaukee - 12:00pm		Mitchell Park Domes de Milwaukee - 9:00am
	East Towne Mall en Madison - 11:30am		East Towne Mall de Madison - 9:30am
	Clock Tower de Rockford - 12:00pm		Clock Tower de Rockford - 9:00am
	Holiday Home Camp - 1:30pm		Holiday Home Camp - 8:00am

### **Excensión y acuerdos de responsabilidad – Conocimiento y aceptación de los riesgos – Aceptación de fotografías**

Ciertos riesgos no pueden ser eliminados sin destruir el carácter único de nuestras actividades. Los mismos elementos que contribuyen con el carácter único de las actividades del campamento pueden causar la pérdida o daño a los equipos, heridas accidentales o enfermedades, o, en casos extremo trauma permanente o la muerte. No queremos asustarlo(a) o disminuir el entusiasmo de hijo(a), pero creemos que es importante para usted que conozca anticipadamente qué puede suceder y estar informado de los riesgos inherentes asociados con muchas de las actividades en las cuales su hijo(a) participará. A continuación describimos algunos, pero ciertamente no todos, de estos riesgos:

- Los campistas pueden resbalar o caer durante una excursión, dañando su equipamiento, resultar heridos accidentalmente o contraer enfermedades, o, en casos extremos, ser afectados por trauma permanente o morir.
- Ser expuestos a los elementos naturales puede ser inconfortable y/o dañino. Los campistas deben estar conscientes de que esta exposición puede causar quemaduras solares, quemaduras por el viento, deshidratación, agotamiento por calor, golpes de calor, calambres por el calor y/u otras condiciones relacionadas con el clima y las condiciones de temperatura.
- Hay riesgos de herirse al entrar al agua, nadar, saltar o lanzarse en masas de agua, como Geneva Lake. Lanzarse de cabeza en una masa de agua puede resultar en heridas serias, parálisis permanente o muerte. Incluso lanzarse con los pies primero en lagos es imprudente y se puede resultar herido.
- Caminatas, escaladas, rápeles, deportes, arquería, y muchas otras actividades del campamento pueden resultar en caídas, peligros asociados a caída de objetos, esguinces, torceduras, rompimiento de huesos, contusiones, abrasiones, daño al equipamiento personal, otras heridas accidentales personales o enfermedades, y/o casos extremos de trauma permanente o muerte.

#### **Aceptación de fotografías:**

Yo/Nosotros, los abajo firmantes, por la presente tomo conocimiento que Lake Geneva Fresh Air Association Inc., DBA Holiday Home Camp y Outdoor Wisconsin Leadership School, pueden tomar fotografías, videos, o realizar grabaciones de los eventos del campamento, los cuales pueden incluir la participación de su hijo(a), y que pueden ser reproducidas en materiales educacionales, noticias o publicidad, ya sea de forma impresa, electrónica o en otros medios incluyendo páginas web en línea. Registrando a mi campista en el campamento, por la presente otorgo a Lake Geneva Fresh Air Association el permiso para tomar, usar y distribuir estos productos y renuncio a cualquier derecho de pago o compensación.

#### **Acuerdo de liberación de responsabilidad:**

Yo/Nosotros, los abajo firmantes, a través de la presente reconocemos que el uso de la palabra “seguro” en cualquier o toda la publicidad del campamento (incluyendo pero no limitándose a presentaciones orales, folletos impresos, publicidad impresa en diversas publicaciones, medios electrónicos, DVD, y otros de medios de publicidad) sólo es reflejo de los razonables esfuerzos que el campamento realiza para proveer equipamientos apropiados y/o personal especializado a los campistas para que puedan disfrutar de las actividades para las cuales los campistas no estén capacitados. Por otra parte, yo/nosotros reconocemos que el uso de la palabra “seguro” NO representa una garantía o derecho de reclamo, ya sea expresa o implícita, de que cualquier actividad del campamento no tenga un riesgo inherente. Yo/nosotros estoy/estamos conscientes de que hay riesgos inherentes asociados a todas las actividades ofrecidas en Holiday Home Camp, incluyendo, pero limitándose a todos los riesgos descritos más arriba.

**Yo/Nosotros, a través de la presente, asumimos completa responsabilidad por los riesgos descritos anteriormente como también de la seguridad y bienestar del campista (nombrado más abajo). Yo/Nosotros liberamos a Lake Geneva Fresh Air Association Inc., DBA Holiday Home Camp y Outdoor Wisconsin Leadership School, su equipo médico, personal de consejería, administradores, empleados, y todos los funcionarios de Holiday Home amp y OWLS (colectivamente conocidos como “Campamento”) de cualquier y toda responsabilidad, acciones, perjuicio, o causas de acciones, que pueden producto o relacionada con la participación del campista en cualquier actividad organizada por el Campamento, sus empleados, asociados o agentes con excepción de actos de negligencia grave o actos intencionales premeditados.**

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número de sesión: \_\_\_\_\_

## Holiday Home Camp – Historia de salud

### INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SEGURO DE SALUD

¿ES CAMPISTA TIENE COBERTURA MÉDICA O SEGURO MÉDICO DEL ESTADO? **SÍ** **NO**

**POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DEL SEGURO O TARJETA MÉDICA, Y DEL REGISTRO DE VACUNAS**

Nombre del doctor de cabecera del campista: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

### NECESIDADES NUTRICIONALES Y DE DIETA / RESTRICCIONES

Por favor encierre una en un círculo: COME UNA DIETA **NORMAL** COME UNA DIETA **VEGETARIANA NORMAL**

¿Alguna necesidad de comida especial/restricciones alimenticias?

---



---

### ALERGIAS

Mi campista tiene las siguientes alergias alimentarias, a medicamentos u otras:

Alergia	Síntomas	Frecuencia o aparición

### POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad recurrente/crónica       | <input type="checkbox"/> Convulsiones           | <input type="checkbox"/> Dificultades emocionales  |
| <input type="checkbox"/> Asma/jadeo/respiración entrecortada | <input type="checkbox"/> Enuresis               | <input type="checkbox"/> Dificultades conductuales |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> TDA/TDAH               | <input type="checkbox"/> Dificultades físicas      |
| <input type="checkbox"/> Tiene/porta un inhalador            | <input type="checkbox"/> Tiene/porta un Epi Pen | <input type="checkbox"/> Jaquecas                  |
| <input type="checkbox"/> Lesión reciente                     | <input type="checkbox"/> Diarrea/constipación   | <input type="checkbox"/> Other                     |

Si marcó un ítem por favor explique \_\_\_\_\_

---



---

### INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Algún antecedente de conducta física/violenta? \_\_\_\_\_

---



---

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número de sesión: \_\_\_\_\_

¿Alguna preocupación o historia médica que el campamento deba conocer? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad del campamento de la cual el campista deba ser eximido por razones de salud? \_\_\_\_\_

Esta historia de salud es correcta y refleja con precisión el estado de salud del campista. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento con excepción de las anotadas por mí y/o examinadas por un médico. Autorizo al médico o personal del campamento seleccionado para pedir rayos x, pruebas de rutina, y tratamiento relacionado con la salud de mi hijo(a) tanto para cuidado de salud de rutina o en emergencias. Si yo no puedo ser contactado en una emergencia, autorizo al médico o personal del campamento para hospitalizar, asegurar un tratamiento apropiado, y administrar inyecciones, anestesia, o cirugía para este niño(a). Entiendo que la información en este formulario será compartida en caso de "necesidad de información" con personal del campamento. Autorizo a sacar fotocopias de este formulario. Además, el campamento el campamento está autorizado para obtener una copia del registro de salud por parte de proveedores de salud que tratan a mi hijo(a), estos proveedores podrán comunicar con personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo(a).

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE VACUNAS

Provea el mes/año para cada vacuna. Pueden ser aceptadas copias de certificados de vacunas de proveedores o agencias de gobierno; por favor adjúntelas a este formulario. Vacuna contra el tétano es obligatorio.

Vacuna	Dosis 1 Mes/Año	Dosis 2 Mes/Año	Dosis 3 Mes/Año	Dosis 4 Mes/Año	Dosis 5 Mes/Año	Dosis más reciente Mes/Año
Difteria, tos ferina, tétano (DTaP) or (TdaP)						
<b>Refuerzo de vacuna de tétano (dT) o (TdaP) OBLIGATORIO</b>						
Paperas, sarampión, rubéola (MMR)						
Poliomelitis (IPV)						
Haemophilus influenza tipo B (HIB)						
Neumococo (PCV)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Varicela	<input type="checkbox"/> Tuvo varicela Fecha:					
Meningitis meningocócica (MCV4)						

Test Tuberculosis (TB): Fecha:  Negativo  Positivo

Si su campista ha sido completamente vacunado, firme la siguiente declaración:  
Entiendo y acepto los riesgos que implica que mi hijo(a) no esté completamente vacunado.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número de sesión: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

**Complétela solo si su campista toma medicamentos recetados diariamente.**

Toda los medicamentos traídos al campamento deben estar en los envases originales de la farmacia con el nombre del campista y la dosis correcta.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RAZÓN POR TOMARLO	CUÁNDO SE DEBE DAR: (POR FAVOR, ENCIERRE EN UN CÍRCULO)	DOSIS	¿CÓMO SE ADMINISTRA?
		Desayuno, 8:30 am Almuerzo, 12:30 pm Cena, 5:30 pm A la hora de acostarse Según sea necesario Otro: _____		
		Desayuno, 8:30 am Almuerzo, 12:30 pm Cena, 5:30 pm A la hora de acostarse Según sea necesario Otro: _____		
		Desayuno, 8:30 am Almuerzo, 12:30 pm Cena, 5:30 pm A la hora de acostarse Según sea necesario Otro: _____		
		Desayuno, 8:30 am Almuerzo, 12:30 pm Cena, 5:30 pm A la hora de acostarse Según sea necesario Otro: _____		
		Desayuno, 8:30 am Almuerzo, 12:30 pm Cena, 5:30 pm A la hora de acostarse Según sea necesario Otro: _____		

Por la presente autorizo la administración del medicamento(s) arriba señalados a mi campista por parte del personal de HCC. Toda medicamento recetado será administrado según las instrucciones impresas en el envase. Con completo conocimiento de cualquier emergencia, peligros o riesgos relacionados con la administración de cada medicamento por parte del personal del HCC Health Center, yo, el abajo firmante, por la presente renuncio a todo reclamo que pueda surgir en relación a la medicación apuntada para el menor indicado y los resultados de la administración. Yo acepto indemnizar y liberar de responsabilidad a Lake Geneva Fresh Air Association inc. dba Holiday Home Camp/ Outdoor Wisconsin Leadership School, sus miembros, directivos, empleados, y agentes de cualquier obligación relacionada con la administración de cada medicamento.

Firma del padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número de sesión: \_\_\_\_\_

### Solicitud de beca

**Instrucciones:**

- Complete una solicitud por familia.
- Por favor, tenga en cuenta que trabajaremos con usted para asegurar que su hijo(a) pueda asistir al campamento.

**Por favor, liste todos los campistas en su familia que asistentes a Holiday Home Camp:**

---



---



---

**Declaración de necesidad financiera**

Explique brevemente por qué su familia necesita una beca para Holiday Home Camp para este año.

---



---



---



---

**Firma y Número de Seguro Social: Un adulto por hogar debe firmar este formulario y proveer los cuatro últimos número de seguro social antes que la beca sea aprobada.**

*Yo certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera, precisa y correcta. Yo entiendo que cualquier beca entregada está sujeta a revocación y/o puede ser reajustada si se detecta que no es así.*

\_\_\_\_\_  
Firma de un adulto del hogar

XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud

**Para completar su inscripción necesitaremos:**

1. Inscripción e historia médica
2. Copia del seguro y tarjeta médica
3. Copia del registro de vacunas del campista
4. Número de integrantes del hogar y formulario de verificación de ingresos económicos
5. El Registro del Campamento le notificará si solicitudes adicionales son necesarias

**Por favor envíe todo los documentos de registro a:**  
 Holiday Home Camp, Attn: Camp Registrar, P.O. Box 10, Williams Bay, WI 53191  
 Teléfono: 262.245.5161 Fax: 262.245.6518  
 Email: linda@holidayhomecamp.org