

CAMP OF THE RISING SUN

P.O. Box 1944

Corsicana, TX 75151-1944

(903) 229 – 8757

www.campoftherisingsun.org

“A SUCCESS EXPERIENCE”

El Campamento de CRS 2009 Aplicación

Información de Campista

Apellido _____ Primer Nombre _____

Género: ___ Hombre ___ Hembra

Fecha de Nacimiento _____ Altura _____ Peso _____

Número del seguro social _____ Fecha de Ultimo Examen Físico _____

Numero de Seguro _____ Número de Grupo _____

___ Mi Campista no tiene seguro

Cuales son las incapacidades de el Campista: _____

Si Síndrome de Down, el establo para el subluxation atlanto-axial ___AAS___ Sí ___ No

La radiografía cervical más reciente para AAS _____

Nombre de Doctor _____ Fecha _____

Vacuna

Prueba de vacuna es necesarias para campistas abajo de 16 años.

Fechas de Enfermedades o Vacunas:

_____ Polio, el Tipo: _____ Measels (' rojo') _____ Rubella(German)

_____ Diptheria/pertussis/Tétano _____ HIB Vurus _____ Viruela

_____ Otro (especifica) : _____

Permiso para dar medicinas sin receta en como base necesitada

Iniciala por favor cada medicina o su equivalente genérico que pueden ser administrados a su campista. Escriba “no” al lado de medicina usted no desea administrado a su campista. La NOTA: Usted debe tener una órdenes escritas de médico para cualquier medicinas de OTC para ser administradas en base regular, planificada, a su campista.

_____ Tylenol (dolor, la fiebre) _____ Emetrol (la náusea) _____ Robitusson (tos) _____ Lanacane

(picação , el dolor)___ Cortaid (crema de piel) _____ Maalox (acidez)

_____ Benadryl (alergias) _____ Sudafed (congestion) _____ Tylenol PM (congestión & dolor)

_____ Laxantes (estreñimiento) _____ Immodium (diarrea) _____ Otro: _____

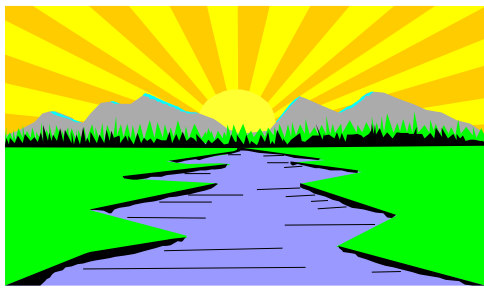
Lea por favor y Firme

Permiso para Obain Tratamiento Médico: Doy mi consentimiento por firma abajo para tratamiento médico ser obtenido para yo mismo/el niño/barrio por un representante de CRS en caso yo (o mi disignee) non puedo ser alcanzado.

Estoy de acuerdo para Pagar por Tratamiento Médico: Comprendo que en caso de una emergencia médica que affecta a mi/el niño/barrio, EMS puede ser llamado y yo mismo/niño/el barrio puede poner en hospital y recevir tratamiento. Estoy de acuerdo en asumir costos asociados con tratamiento de emergencia médico, de la hospitalización, y del tratamiento, y yo no pongo responsable a Campamento del CRS, su personal, la Tabla de Directors, voluntarios por cualquier obligación, médico o financiero, que puede resultar.

La Firma del campista _____ Fecha _____

Firma de Padre /Guardián legal _____ Fecha _____



CAMP OF THE RISING SUN

P.O. Box 1944

Corsicana, TX 75151-1944

(903) 229 – 8757

www.campoftherisingsun.org

“A SUCCESS EXPERIENCE”

Permisos

Esta aplicación no puede ser procesada a menos que todas preguntas hayan sido inicialadas.

Afirmo por firma debajo de que mi campista para que esta aplicación es hecha encuentra las pautas de conducta y la salud descritas en la primera página. Si tergiversación es hecha en cuanto a la salud de mi campista o la conducta, o si mi campista llega a ser suficiente enfermo, o entra en la conducta creída suficiente grave para justificar despido, él o ella pueden ser despedidos del Campamento de CRS. Comprendo que si mi campista es despedido debido a consideraciones de salud o conducta, es mi única responsabilidad de recoger a mi campista dentro de 2 horas de ser contactado.

Padres / Legal Guardián _____ Fecha _____

Sí No

___ ___ Doy mi permiso que mi niño puede atender Campamento de Verano de CRS. El/ella puede tomar parte en todas actividades. Si no, qué actividades pueden él/ella no toma parte en.

___ ___ Comprendo que puede haver animals vivos que estan vacunados en algunas actividades y que oportunidades están disponibles para la interacción. Doy mi permiso de campista a tomar parte en esas actividades.

___ ___ Las enfermeras en Campamento de CRS le pueden dar a mi campista medicinas rutinarias y medicinas sin receta,monitar estatus de salud y proporcionar primeros auxilios y cuidado rutinario.

___ ___ Para propósitos de no-emergencia, mi campista puede viajar en un vehículo privado con empleados médicos al hospital para pruebas de laboratorio, las radiografías o el tratamiento.

___ ___ Autorizo Campamento de CRS y a voluntarios que pueden compartir, sin restricción, información de la salud de mi campista y historiales médicos con cualquier persona (si o no afiliado con Campamento de CRS) como sea razonablemente necesario para facilitar el cuidado de mi campista.

___ ___ Si doy permiso a utilizar el nombre de mi campista, la fotografía, o imagen de video para propósitos de publicidad para promover Campamento de CRS. Inclusive una presentación cinematográfica, el folleto, el Campamento DVD y o un sitio web que describe el programa que podría ser utilizado durante años y puede ser visto por todo el mundo.

___ ___ Si tratamiento de emergencia es necesario doy permiso para mi campista para ser traído al más cercano cuarto de la emergencia por ambulancia o helicóptero para el tratamiento. Autorizo el personal al realease todos registros necesarios para propósitos de seguro para que mi compañía de seguros pueda ser facturada para las visitas, el laboratorio prueba, y o las radiografías si necesario.

___ ___ Comprendo que CRS permite a padres/guardianes para llamar y verificar el estatus de la salud de su campista o hablar con el director de campamento con respecto a su campista este bien. Los campistas no son permitidos hacer ni recibir llamadas telefónicas. Comprendo que puedo enviar una carta junto con esta aplicación que puede ser dado a mi campista durante campamento.

___ ___ Comprendo que CRS tiene un designado Perdido y Encontrado. Si yo deajo el Campamento de CRS sin los artículos de mi campista, yo no tendré CRS responsable de volverlos.

Yo, _____ garantía de que la información en esta aplicación es exacta y por la presente liberación y para siempre descargo a Campamento de CRS , es miembros, los empleados, y los voluntarios de cualquier obligación, de la serie, del reclamo, o de la demanda, si para la herida personal a yo mismo o a los miembros de mi familia inclusive niños secundarios, o para daño de propiedad que resulta de cualquier participación en la sesión de campamiento.

Padres/LegalGuardian_____ Fecha_____



CAMP OF THE RISING SUN

P.O. Box 1944

Corsicana, TX 75151-1944

(903) 229 – 8757

www.campoftherisingsun.org

“A SUCCESS EXPERIENCE”

Esta forma será copiada y será dada a los consejeros que cuidan a su niño. Complete por favor todas secciones.

El nombre de Campista: _____ La edad Cronológica: _____ La edad Mental: _____

Diabético

Sí (vea comiendo/sección de dieta) No
 Dependiente en La insulina

Medicinas

Ningunas medicinas Medicinas como sólo necesitadas

Medicina	La dosis	El tiempo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*** Conecta hoja para medicinas adicionales***

Comentarios:

Alergias

Ninguno Sí (lista abajo)

Alimento: _____

Medicina: _____

Otros: _____

Ambulation

Anda sin ayuda

Camina usando: caminetas asistente las muletas cañas refuerzan

Sillón de ruedas: de mano electrónico(trauga cargador)

Transferencias: solo necesita ayuda

Comunicación

No hay problema

Capacidades Limitadas pero puede comunicar las necesidades diarias

No es verbal Idioma de seña

Visión,

normal limitado los antojos ciego

Oyendo

normal las ayudas dificulta oíendo sordo

Costumbres del baño

Puede usar el baño solo.

Usa pañales o pantalones de entrenar todo el tiempo

Usa pañales o pantalones de entrenas sólo en la noche

Necesita ir al baño cada cuantas horas? _____

Necesita ayuda con que _____

Se puede cuidar solo (como: Vestir, usar el baño)

Hace todo solo

Necesita alguna ayuda con que _____

Necesita ayuda con todo.

Diagnóstico

Liste por favor todos los diagnósticos (por ejemplo: el asma, la diabetes, MR, la psicosis,)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Problemas de Conducta

Sí No

Problemas son provocados por que: _____

Consejos de estrategias: _____

Comiendo/Dieta

Dieta de Diabético Dieta Especial

Ninguna ayuda necesitada en comiendor

Necesita ayua sólo con _____

Alimento debe ser: cortado triturado liquado

El campista debe ser alimentado totalmente

El G-tubo

La Iguala los Frenos Dentaduras

Restricciones de Actividad

sí no Explica: _____

Tolerancia de Calor

Buena Fera Pobre

Deshidrata fácilmente

Sabe Nadar? Sí No

Debe tapan la Oreja al nadar? Sí No

Se pierde?

Sí No En veses

Tomas (Seizures)

Ninguno Regularmente Algúno o dos cuando era un niño

Tipo: _____ Fecha de última toma (seizure)

Frecuencia normal: _____

La duración de tomas(seizure) _____ minutos

Provocado por: _____

Equipo Adicional

Ninguno CPAP/BiPaP El G-TUBO Alimentando por Bomba

Bomba de Baclofen Otras

Instrucciones Adicional Y Consejos

Ponga páginas adicionales si es necesario



CAMP OF THE RISING SUN

P.O. Box 1944

Corsicana, TX 75151-1944

(903) 229 – 8757

www.campoftherisingsun.org

“A SUCCESS EXPERIENCE”

El Campamento de CRS 2009

Donan para Campamento de CSR

Yo quiero donar a CRS (impuestos deducible): Rodee por favor su cantidad de donativo y incluya donativo con aplicación.

- \$10
- \$20
- \$50
- \$100
- Otro \$ _____
- \$300 + Voy Ayudar Con Una Actividad de Campamento

Tiempo/servicios de voluntarios para Campamento de CRS

Estoy disponible ofrecer mi tiempo ayudar con actividades de Campamento en los fecha/días de siguiente y tiempo.

Comprendo cuando yo me ofrezco ayudar hay chansa que no ayudare a mi campista y yo estoy dispuesto a ayudar con otros campistas. Estoy dispuesto a ser certificado. Visite por favor nuestro sitio web www.campoftherisingsun.org para completar una aplicación de voluntarios.

- Lunes _____ AM _____ PM _____
- Martes _____ AM _____ PM _____
- Miércoles _____ AM _____ PM _____
- Jueves _____ AM _____ PM _____
- Viernes _____ AM _____ Padres/Campista Hora de Comer _____

Quero conducir una actividad para los campistas. Debajo esta una descripción de la actividad inclusive la longitud de la actividad y cómo yo lo creo que beneficia a los campistas. Utilice por favor una hoja de papel separada si más espacio es necesitado.

Querría proporcionar los suministros siguientes para el campamento. Rodee su elección. Contacte Jamie en 903-875-9729 para traer sus suministros con su aplicación.

- | | | | |
|--------------------|-----------------------|--------------|------------------------------------|
| Mecates de saltar | Pelotas de Deporte | Aros de Hula | Bocados Enrueados |
| Papel | Pintura | Kleenex | Tarjeta de Regalo al Negocio Local |
| Colores/Marcador | Clay | Wipes | Tijeras |
| Lápicedos /Lápices | Papel de Construcción | | Cuadernos para diarios |