



# Formulario de Inscripción al Campamento



**Apellido del campista** \_\_\_\_\_ **Primer nombre** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_ Género: Macho / Embra Talla de camiseta \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

**Nombre de Padres/Guardián:** \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
**Nombre de Padres/Guardián:** \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Recogida Autorizada

Nombre del contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
 Numero del contacto de Emergencia ( ) \_\_\_\_\_

Autorizo solo a estas personas adicionales a recoger a mis hijos):

Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____
Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____
Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____
Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____
Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____
Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____
Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____
Nombre _____	Telefono _____	Relacion _____

### RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES DURANTE EL CAMPAMENTO

Tiene su hijo/hija alguna condición que le impida participar en las actividades del campamento

Alergias (alimentos, nueces, medicamentos, picaduras de abejas, etc.) \_\_\_\_\_

Asma o fiebre del heno: \_\_\_\_\_

El campista toma medicación actualmente: \_\_\_\_\_

**\*\*\* Si se van a administrar medicamentos durante el campamento, comuníquese con la oficina..**

**Restricciones de la dieta:**  Kosher  Gluten-Free  Lactose Intolerant  Peanut Free  Otra \_\_\_\_\_

### Información de Atención Médica

Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Información Medical Adicional: \_\_\_\_\_



## PERMISO Para Entrar y Salir del Campamento (Solo Para MAYORES DE 9 AÑOS)

Tenga en cuenta que al dar permiso para que su hijo firme la entrada y/o salida del campamento, el personal y el centro de recreación no son de ninguna manera responsable de su hijo hasta que él/ella firme con un consejero.

### Círculo Uno:

- SI NO** Mi hijo tiene permiso para firmarse en el campamento.
- SI NO** Mi hijo tiene permiso para firmar su SALIDA del campamento.

**Firma del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## POLICIAS Y PROCEDIMIENTOS

### Lea atentamente antes de firmar:

Los campistas deben ser registrados para entrar y salir del campamento y recibir atención extendida todos los días por una persona que haya sido autorizada por usted. Cualquier persona autorizada para recoger debe tener su Nombre en el archivo del Centro de Recreación y estar preparado para mostrar una identificación. Toberman Recreation Center no es responsable de los niños antes o después del campamento de día, a menos que estén actualmente inscritos en Extended Care. Se debe proporcionar un permiso por escrito si desea que su hijo sea entregado a alguien que no sea el autorizado en el formulario de registro. Comprobaremos la identificación.

Los campistas que no hayan firmado antes de las 6:00 p. m. se colocará en la oficina del centro de recreación y se le cobrará un recargo de \$5.00 por cada 15 minutos o parte de ese tiempo. Esto se aplica a todos los niños a menos que tengan un permiso por escrito de los padres (ver más abajo) para firmar su salida del campamento. Los niños en el Campamento Preescolar que no sean recogidos dentro de los 15 minutos posteriores a la finalización del día del campamento deberán pagar \$10 por cada 15 minutos o parte del mismo.

Entiendo que mi hijo debe usar la camisa de campamento adecuada todos los días además de los días de excursión. A los niños que no usen la camisa adecuada se les dará una y se les cobrará \$10.00. Entiendo que todos los niños deben viajar en el autobús chárter a las excursiones proporcionadas por el Centro de Recreación. NO habrá devoluciones ni recogidas en los sitios de viaje. SIN EXCEPCIONES. El personal no es responsable por artículos perdidos o robados. Por favor escriba el Nombre de su hijo en sus pertenencias.

Reconozco que he leído el folleto del campamento y el paquete de información para padres. Entiendo y acepto todos los términos y requisitos.

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## PROCEDIMIENTOS DE CANCELACIÓN Y TRANSFERENCIA

Todas las transferencias están sujetas a un cargo de \$20.00 por sesión por transferencia. Si se solicita un reembolso antes del comienzo de la sesión para la que están inscritos, se aplicará una tarifa de administración del 15%. NO se concederán devoluciones una vez iniciada la sesión. No se darán reposiciones ni créditos por los días perdidos. NO hay reembolsos por suspensiones o expulsiones.

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO PATERNO

Doy permiso para que mi hijo \_\_\_\_\_ participe en los programas del Campamento del Centro de Recreación Toberman, incluidas las excursiones en autobús fletado. Acepto eximir de toda responsabilidad a la Ciudad de Los Angeles, al Departamento de Recreación y Parques y sus funcionarios, agentes/empleados por lesiones a mi hijo como resultado de la participación en campamentos diurnos. Entiendo que ni el parque ni el Departamento de Recreación y Parques tienen seguro. También entiendo que cualquier campista que no coopere con el personal del campamento perderá los privilegios de las actividades y puede ser expulsado del campamento.

Yo, el(los) padre(s) abajo firmante(s) de \_\_\_\_\_, autorizo a Toberman Recreación Center como agente del abajo firmante a dar su consentimiento para un examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable y deba ser prestados bajo la supervisión general o especializada de cualquier médico con licencia bajo la disposición de la Ley de Práctica Médica en el personal de un hospital con licencia, ya sea que dichos diagnósticos o tratamientos se brinden en el consultorio de dicho médico o en dicho hospital.

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## PUBLICACIÓN DE FOTOS

El Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Angeles o sus agentes asignados tienen mi permiso para usar imágenes (digitales, filmadas, grabadas o en video) de mi hijo \_\_\_\_\_ (nombre del menor) y/o de mí mismo para la promoción de Toberman Recreación programa del centro

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## PELÍCULAS

**SI**    **NO** Mi hijo tiene permiso para ver películas G o PG durante Quiet Time (actividades alternativas disponibles)

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nota: Si algo le sucediera al campista que pudiera alterar la información de su historial de salud después de devolver este formulario y antes de llegar al campamento, infórmele al campamento de inmediato.

Médico (Nombre): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

¿El campista ha tenido lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Varicela            | <input type="checkbox"/> Sinusitis             | <input type="checkbox"/> Desmayo             |
| <input type="checkbox"/> Sarampion           | <input type="checkbox"/> Amigdalitis           | <input type="checkbox"/> Estrenimiento       |
| <input type="checkbox"/> Sarampion Aleman    | <input type="checkbox"/> Apendicitis           | <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal  |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica    | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Erupcion Cutanea    |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina         | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno       | <input type="checkbox"/> Infeccion de odio   |
| <input type="checkbox"/> Difteria            | <input type="checkbox"/> Resfriados Frecuentes | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza     | <input type="checkbox"/> Otro: _____         |
| <input type="checkbox"/> Paperas             | <input type="checkbox"/> Mojar la cama         |  |

**Indique el mes y el año de la última inmunización o refuerzo:**

Tetanos \_\_\_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_

Difteria (DPT) \_\_\_\_\_ Sarampion \_\_\_\_\_



Tos Ferina \_\_\_\_\_ Sarampion Aleman \_\_\_\_\_  
 Polio \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_  POS or  NEG

**RESTRICCIONES**

- He revisado el programa y las actividades del campamento y siento que el campista puede participar sin restricciones.
- He revisado el programa y las actividades del campamento y siento que el campista puede participar con las siguientes restricciones o adaptaciones: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS/OTROS (especificar):**

- Picaduras de abejas, mosquitos, etc.: \_\_\_\_\_
- Comida (Nombre): \_\_\_\_\_
- Medicamento(s): \_\_\_\_\_
- Asma (or fiebre del heno): \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

¿El campista ha recibido tratamiento médico durante el último año?  SI o  NO

Fecha: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

¿El niño/ niña está tomando algún medicamento ahora?  SI o  NO

Los siguientes medicamentos sin receta se pueden almacenar en el campamento y se utilizan según sea necesario para controlar enfermedades y lesiones. Marque la casilla si el campamento se puede dar de la siguiente manera o en su forma genérica.  Neosporina  Protector Solar

**Firma del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS A DAR DURANTE EL CAMPAMENTO**

Solicito que mi hijo, \_\_\_\_\_, sea supervisado/permitido tomar los siguientes medicamentos recetados mientras esté en el campamento. Entiendo que el personal del Toberman Recreation Center solo le dará el medicamento que se describe a continuación de acuerdo con el tiempo, la dosis y la frecuencia indicados en la etiqueta de la farmacia del frasco del medicamento. “Medicamento” es cualquier sustancia que una persona toma para mantener y/o mejorar la salud. Esto incluye vitaminas y remedios naturales. Todos los medicamentos deben ser envases originales de farmacia con etiquetas, sin modificaciones. Proporcione suficiente de cada medicamento para que dure todo el tiempo que el campista estará en el campamento.

Nombre de la Medicina: \_\_\_\_\_ # de Pastillas: \_\_\_\_\_ Fecha Inicial \_\_\_\_\_



Quando se da Desayuno Almuerzo Cena Hora de acostarse Otra\_\_\_\_\_

Cantidad de dosis administrada:\_\_\_\_\_ Como se da:\_\_\_\_\_

Razones para tomar medicamentos:\_\_\_\_\_

Nombre de la Medicina:\_\_\_\_\_ # de Pastillas\_\_\_\_\_ Fecha Iniciad\_\_\_\_\_

Quando se da Desayuno Almuerzo Cena Hora de acostarse Otra\_\_\_\_\_

Cantidad de dosis administrada:\_\_\_\_\_ Como se da:\_\_\_\_\_

Razones para tomar medicamentos:\_\_\_\_\_

Nombre de la Medicina:\_\_\_\_\_ # de Pastillas\_\_\_\_\_ Fecha Iniciad\_\_\_\_\_

Quando se da Desayuno Almuerzo Cena Hora de acostarse Otra\_\_\_\_\_

Cantidad de dosis administrada:\_\_\_\_\_ Como se da:\_\_\_\_\_

Razones para tomar medicamentos:\_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR EL TRATAMIENTO DE UN MENOR EN HOSPITAL AUTORIZADO EN CASO DE EMERGENCIA ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

Yo (nosotros), los padres abajo firmantes de \_\_\_\_\_, un menor de edad, por la presente autorizo a los directores de Toberman Recreación Center como agentes del abajo firmante a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico. y atención hospitalaria que se considere aconsejable y se brinde bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia según la disposición de la Ley de práctica médica en el personal médico del hospital con licencia, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se brinde en el consultorio de dicho médico o en dicho hospital.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica, pero se otorga para otorgar autoridad y poder por parte de dicho(s) agente(s) para dar consentimiento específico a cualquiera y todos los diagnósticos. Tratamiento o atención hospitalaria que el mencionado médico. En el ejercicio de su mejor juicio lo estime conveniente. Esta autorización permanecerá vigente hasta la conclusión del evento, a menos que antes sea revocada por escrito y entregada a dicho(s) agente(s).

**Firma del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_