



Cambios Médicos Recientes

Nombre del participante _____ Fecha de Nacimiento _____
Fecha de Hoy _____

Si el niño ha tenido algún tipo de cirugía, un recuento sanguíneo más reciente al que se haya presentado, o si se han realizado cambios en los medicamentos o la dosis, por favor proporcione esta información. Entregue este formulario al consejero de registro de entrada, antes de su llegada, desde que se entere de estos cambios.

Cambios en el estado médico:

Conteo sanguíneo más reciente

Fecha: _____ HH/H _____ WBC _____
Plaquetas _____ Segs _____ Bandas _____
Monos _____ Eos _____

ANC _____

Medicamentos orales (enumere todos los medicamentos que serán necesarios en el campamento.)

Medicamento (Nombre y Fuerza)	Dosis	Frecuencia

Por favor, complete y envíe los formularios firmados a:

Aurora Day Camp
3340 Peachtree Rd NE
Suite 1010
Atlanta, GA 30326
470-632-0909
470-632-0909 fax
registrar@auroradaycamp.org