



Aurora Day Camp Formulario de Salud

Para ser completado por los padres

Aurora Day Camp
8105 Roberts Drive
Atlanta, GA 30350
Teléfono: 470-632-0909
Fax: 470-632-0909
registrar@auroradaycamp.org

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nac: _____

Nombre del médico de atención primaria _____ Teléfono _____

(Si corresponde) Nombre del psicólogo/psiquiatra _____ Teléfono _____

(Si corresponde) Nombre del/a Trabajador/a Social _____ Teléfono _____

Antecedentes médicos (marque todos los que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de ciclos menstruales anormales | <input type="checkbox"/> Hospitalización (en los últimos 18 meses) |
| <input type="checkbox"/> ADD o ADHD | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia |
| <input type="checkbox"/> Anorexia o Bulimia | <input type="checkbox"/> Problemas articulares (ej. tobillos, rodillas) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje y/o desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Pediculosis (en los últimos 3 meses) |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias, coagulación | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar, comer, vestirse y/o ir al baño |
| <input type="checkbox"/> Yeso o inmovilizador | <input type="checkbox"/> Uso de aparatos de ortodoncia en el campamento |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho, mareos y/o desmayos | <input type="checkbox"/> Desmayo durante o después de hacer ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Diarrea y constipación | <input type="checkbox"/> Lesiones o enfermedades contagiosas recientes |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza y migrañas frecuentes | <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Anteojos, lentes de contacto o de protección | <input type="checkbox"/> Problemas para respirar y/o respiración sibilante |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel (ej. picazón, urticaria) |
| <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo | <input type="checkbox"/> Dispositivos especiales (ej. Puerto, Broviac, V-P Shunt) |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco/enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Cirugías en los últimos 18 meses |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Berrinches |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| | <input type="checkbox"/> Uso de silla de ruedas, andador |

Para todos los casilleros marcados, por favor explique/describa: _____

¿Hay alguna actividad que su hijo/a no pueda o no debe realizar o debe realizar en forma limitada por cuestiones de salud? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

¿Ha tenido su niño algún cambio de médico en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia que conozca? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene su hijo/a asma? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene su hijo/a diabetes? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud recurrente, que no sea cáncer? ☐ Sí ☐ No

Si es así, describa el problema y su tratamiento: _____

El nombre del niño: _____ Fecha de nac: _____

¿Ha tenido su hijo/a alguna cirugía o lesión grave? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué le ocurrió y cuándo? _____

¿Tiene su hijo/a algún otro problema médico que debamos saber? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

¿Ha salido su hijo/a del país en los últimos 9 meses? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿a qué país viajó? _____ ¿cuándo? ____/____/____ - ____/____/____

Problemas mentales, emocionales y sociales (marque todos los que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Está yendo al psicólogo o terapeuta | <input type="checkbox"/> Suspensión escolar/problemas disciplinarios |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para relacionarse con los demás | <input type="checkbox"/> Amenazas o intentos/gestos/discusiones de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas emocionales o psicológicos | <input type="checkbox"/> Está trabajando con un especialista en niños |
| <input type="checkbox"/> Tiene un plan de educación individual (IEP) | <input type="checkbox"/> Otros problemas mentales, emocionales o sociales |
| <input type="checkbox"/> Ha hecho terapia o concurrido en grupos de apoyo | |

Si tiene algún problema: ¿Ha recibido su hijo/a tratamiento profesional en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando medicación por su problema? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿qué medicación toma? _____

¿Cree el médico de su hijo/a que el campamento es una experiencia positiva? ☐ Sí ☐ No ☐ No le he preguntado

Si hay algún régimen que deba cumplir en el campamento, por favor explíquelo: _____

¿Si su hijo/a sufriera algún suceso estresante, habría posibles comportamientos reactivos que debemos anticipar? ¿Cuáles serían? _____

¿Ha habido algún cambio importante en su familia (muerte, divorcio, adopción, abuso, etc.)? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

¿Le preocupa que su hijo/a extrañe su casa y no pueda manejarlo? ☐ Sí ☐ No

Restricciones dietéticas (marque todas las que corresponda):

- | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta Kosher | <input type="checkbox"/> No come lácteos | <input type="checkbox"/> No come huevo | <input type="checkbox"/> No come pescado | <input type="checkbox"/> No come gluten | <input type="checkbox"/> No come cerdo | <input type="checkbox"/> No come pollo |
| <input type="checkbox"/> No come carnes rojas | <input type="checkbox"/> No come mariscos | <input type="checkbox"/> No come trigo | <input type="checkbox"/> Dieta vegana | <input type="checkbox"/> Dieta vegetariana | <input type="checkbox"/> No come nueces | |

☐ Dieta Halal Alergias a los alimentos: _____

Medicación

Si fuera necesario, ¿se le puede administrar lo siguiente a su hijo/a en el campamento? (marque lo que se puede)

Nota: Si su hijo/a tomará algún medicamento recetado durante el campamento, por favor complete el Formulario de **Autorización Médica de Recetas**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofeno (Tylenol) | <input type="checkbox"/> Gotas oftálmicas (Visine) | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil) |
| <input type="checkbox"/> Antieméticos (Zofran) | <input type="checkbox"/> Guaifenesina | <input type="checkbox"/> Mylanta (Maalox/Tums) |
| <input type="checkbox"/> Bacitracina (Polysporin) | <input type="checkbox"/> (Mucinex/Robitussin) | <input type="checkbox"/> Pepto Bismol/Leche de magnesia |
| <input type="checkbox"/> Difenhidramina (Benadryl) | <input type="checkbox"/> Hidrocortisona (Cortizone) | <input type="checkbox"/> Solarcaine (alivio de quemaduras solares) |

El nombre del niño/a: _____ Fecha de nac: _____

Instrucciones en caso de problemas de salud menores

Constipación _____

Tos _____

Diarrea _____

Dolor de cabeza _____

Dolores menstruales _____

Cinetosis _____

Goteo nasal _____

Dolor de garganta _____

Dolor de estómago _____

Quemadura del sol _____

Enfermedades

¿Cuándo fue la última vez que se le realizó a su hijo/a un control de tuberculosis? _____

Resultados: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No se controló

¿Ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades?

Varicela: ☐ Sí (Mes/Año: _____) ☐ Nunca ha tenidoRubeola Alemana: ☐ Sí (Mes/Año: _____) ☐ Nunca ha tenidoHepatitis A: ☐ Sí (Mes/Año: _____) ☐ Nunca ha tenidoHepatitis B: ☐ Sí (Mes/Año: _____) ☐ Nunca ha tenidoHepatitis C: ☐ Sí (Mes/Año: _____) ☐ Nunca ha tenidoSarampión: ☐ Sí (Mes/Año: _____) ☐ Nunca ha tenidoPaperas: ☐ Sí (Mes/Año: _____) ☐ Nunca ha tenidoInfluenza A o B: ☐ Sí (Mes/Año: _____) ☐ Nunca ha tenido

•Yo autorizo que el campamento Aurora brinde, procure y acepte atención médica de rutina y la administración de medicamentos recetados para mi hijo/a si fuera necesario, incluyendo entre otras cosas, radiografías, exámenes de rutina y tratamiento y/u hospitalización. Acepto que miren a todos los registros necesarios para fines de tratamiento, derivación, facturación o seguro médico. Declaro que esta historia clínica es genuina y completa a mi leal saber y entender y que he leído, entiendo y acepto los Términos y Condiciones especificados en este formulario. ☐ Sí ☐ No Iniciales: _____

•Yo autorizo que los médicos, enfermeras, prestadores médicos, trabajadores sociales o especialistas puericultores puedan comunicarse con el personal médico y la Directora de Aurora Day Camp, o su designado, con respecto al problema de salud, tratamiento y/o pronóstico de mi hijo/a. ☐ Sí ☐ No Iniciales: _____

•En caso de que mi hijo/a deba ser hospitalizado durante el año, autorizo al personal médico y terapéutico mencionado arriba a contactarse con la Directora de Aurora Day Camp, o a su designado, para que mi hijo/a pueda participar del programa "Smiles from Aurora" y recibir la visita de un representante de Aurora Day Camp en el hospital. Entiendo que el visitante de Aurora Day Camp respetará y cumplirá con todos los requisitos de visita establecidos por el hospital y su personal. ☐ Sí ☐ No Iniciales: _____

•Mientras mi hijo/a participa en el campamento de Aurora Day Camp y en los programas que ofrece Aurora durante todo el año, autorizo además al personal médico del campamento que hablen de cualquier problema médico con la Directora de Aurora Day Camp, su designado o el consejero de mi hijo/a cuando el personal médico considere, a su entera discreción esta comunicación lo mejor para mi niño. ☐ Sí ☐ No Iniciales: _____

Estas autorizaciones se limitan a la fecha firmada a continuación hasta el 1 de julio del año siguiente.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____