



División de Salud Infantil
Programa para niños y jóvenes con necesidades especiales
de cuidado de salud
SOLICITUD PARA CAMP BURNT GIN

Adjunte AQUÍ
una foto reciente del
solicitante. La foto
quedará adjunta
a la solicitud.

Primera solicitud Asistió a Camp Burnt Gin antes Talla de camiseta _____
Solicitud de sesión: 1º opción: _____ 2º opción _____

Información general

1. Solicitante (Brinde información sobre el acampante.)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Correo postal _____

Ciudad _____ CS Código postal _____ Sexo Masculino Femenino

Lengua materna si no es inglés Español Otra _____ Necesita intérprete NO Sí

2. Padre/Tutor (Brinde información sobre la(s) persona(s) responsable(s) del niño.)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ CS Código postal _____

Relación con el solicitante Padre/madre Adoptivo Otra _____

¿Es esta persona el tutor LEGAL del niño? NO Sí

Correo electrónico _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono laboral _____ Teléfono celular _____

Lengua materna si no es inglés Español Otra _____ Necesita intérprete NO Sí

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ CS Código postal _____

Relación con el solicitante Padre/madre Adoptivo Otra _____

¿Es esta persona el tutor LEGAL del niño? NO Sí

Correo electrónico _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono laboral _____ Teléfono celular _____

Lengua materna si no es inglés Español Otra _____ Necesita intérprete NO Sí

3. Contacto de emergencia (Indique el nombre de un adulto, que no viva en el hogar del solicitante, a quien llamar en caso de que no se pueda contactar al tutor legal.)

Nombre _____

Dirección (física, no casilla postal) _____

Relación con el solicitante _____

Nombre del niño: _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono laboral _____ Teléfono celular _____

Lengua materna si no es inglés Español Otra _____ Necesita intérprete NO SÍ**Información médica, de salud y relacionada**1. Seguro médico NINGUNO (*el solicitante no tiene cobertura de seguro médico*) Medicaid (*adjunte copia de la tarjeta de Medicaid*) Otro seguro (*adjunte copia de la tarjeta del seguro*)2. Diagnósticos (*Haga una lista de TODOS los diagnósticos médicos, enfermedades o discapacidades*)

1. _____ 5. _____

2. _____ 6. _____

3. _____ 7. _____

4. _____ 8. _____

3. Alergias (*Marque SÍ o NO para cada ítem. Si marca SÍ, brinde información adicional*)

NO SÍ

 Alergias a medicamentos (*enumere*) *Describa lo que sucede e indique el tratamiento requerido*

 Alergias a alimentos (*enumere*) *Describa lo que sucede e indique el tratamiento requerido*

 Otras alergias (*enumere*) *Describa lo que sucede e indique el tratamiento requerido*

4. Otra información sobre la salud (*Marque SÍ o NO para cada ítem. Si marca SÍ, proporcione información adicional*)

NO SÍ

 Enfermedades contagiosas (*describa*) _____ Tubos en el tímpano _____ Enfermedades, lesiones o cirugías recientes (*describa*) _____ Convulsiones Si marca SÍ, ¿cuándo fue la última convulsión que tuvo el niño? _____

Describa la convulsión _____

 ¿Utiliza el solicitante un estimulador del nervio vago (ENV) para las convulsiones? (*Si marca SÍ, adjunte una copia del plan de atención del ENV*) Vacunación actualizada (*Adjunte copia del certificado de vacunación de CS*) Vacuna contra el tétanos cada 10 años (**OBLIGATORIA**)

Nombre del niño: _____

5. Desarrollo, comportamiento y comunicación (*Marque SÍ o NO para cada ítem. Si marca SÍ, describa el comportamiento y explique cómo puede participar el solicitante en el campamento sin representar un peligro para sí mismo o los demás*).

NO SÍ

- Agresividad (*muerde, pega*) _____
- Comportamientos abusivos consigo mismo _____
- Comportamientos sexualmente inapropiados _____
- Otros comportamientos interpersonales inapropiados _____
- Estado emocional o social que afecte el comportamiento _____
- Requiere supervisión personalizada _____
- Dificultad para comprender y seguir las instrucciones _____
- Puede participar en actividades grupales _____
- Riesgo de apartarse del grupo o perderse _____
- Retraso en el desarrollo (*Si marca SÍ, ¿cuál es el nivel de edad funcional?*) _____
- Asiste a la escuela (*Si indica SÍ, marque el tipo de clase*) Convencional Apoyo Independiente de educación especial

¿Cómo hace saber el niño lo que necesita? (*marque con un círculo todas las opciones que correspondan*)

Habla Signos Gestos Pizarra con ilustraciones Dispositivo electrónico Otro _____

Otros problemas de comportamiento o comunicación _____

6. Equipo adaptable y de asistencia (*Marque el casillero del equipo que el solicitante utilizará en el campamento*).

- NINGUNO
- Silla de ruedas (manual) Férula(s)
- Silla de ruedas (motorizada) Anteojos para ver
- Andador Audífono(s)
- Muletas Implante coclear
- Bastón Dispositivo computarizado (*describa*) _____
- Prótesis Otro (*describa*) _____

NO SÍ

- ¿El/la solicitante anda solo/a en su silla de ruedas manual?
- ¿El solicitante necesita ayuda para moverse de su silla de ruedas? (*Si marca SÍ, describa abajo*) _____

Otra información sobre necesidades de movilidad: _____

Nombre del niño: _____

7. Dieta y alimentación *(Si marca SÍ, describa las rutinas o indique si requiere ayuda)*

NO SÍ

 Dieta especial _____ Preparación de comida especial _____ Requiere ayuda a la hora de comer _____ Tubo de gastrostomía *(Si marca SÍ, responda las siguientes preguntas)*

Fórmula utilizada _____

Cantidad por alimentación _____

Alimentaciones por día _____

Horarios de alimentación _____

Método Bolo BombaOtra información sobre nutrición, dieta o alimentación *(preferencias de comidas, horarios habituales de comida, etc.):*_____
_____8. Cuidado personal y hábitos de sueño *(Si marca SÍ, describa las rutinas o indique si requiere ayuda)*

NO SÍ

 Necesita ayuda con el cepillado de dientes o higiene bucal de rutina _____ Tiene otras necesidades dentales o de higiene bucal _____ Dificultad para dormirse _____ Dificultad para mantenerse dormido _____ Sonambulismo _____ Deambula por las noches _____ Necesita ayuda para vestirse _____ Necesita ayuda para ducharse _____ Problemas de control intestinal _____ Deposiciones irregulares _____ Problemas de control de vejiga _____ Catéter urinario *(Si marca SÍ, describa las rutinas)* _____ *(Solo para mujeres)* Ha menstruado _____

Otra información sobre el cuidado personal o necesidades para ir al baño: _____

Nombre del niño: _____

9. Permiso para participar en actividades (*Indique las actividades en las que el solicitante puede participar durante el campamento*). *Describa cualquier restricción para participar en las actividades descritas en el folleto del campamento o en los materiales informativos*).

Actividad del campamento	NO	SÍ	SÍ pero con las siguientes restricciones.
Deportes y juegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Arte y manualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Bellas artes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Natación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Navegación en bote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Campamento al aire libre (en el lugar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Excursiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

10. Otra información (*Las siguientes preguntas nos brindarán información sobre las razones por las que los padres/tutor desean que el niño asista al campamento, además de brindarnos otra información general sobre el acampante*).

¿Pueden satisfacerse las necesidades de cuidado de salud del solicitante en el entorno rústico de Camp Burnt Gin?

¿Tiene preguntas sobre la participación en el campamento que no hayan sido tratadas? _____

¿De qué manera piensa usted que el solicitante se beneficiaría de Camp Burnt Gin? _____

¿Tolera el solicitante estar afuera los días de calor de verano? _____

¿Cómo irá el solicitante al campamento y cómo volverá a su hogar? _____

Ejemplos de intereses, pasatiempos, cosas que le gustan y no le gustan que puedan afectar la experiencia del solicitante en el campamento. _____

Nombre del niño: _____

11. Medicamentos (*Haga una lista de todos los medicamentos que está tomando el solicitante. Enumere todos los medicamentos exactamente como están escritos en el envase o en la etiqueta de la receta. El niño deberá traer todos los medicamentos en envases originales y etiquetados. El personal del campamento no administrará vitaminas ni suplementos de hierbas. La información adicional sobre los medicamentos será enviada antes de la sesión de campamento asignada.*)

EJEMPLO		
Nombre del medicamento: Claritin	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Razón para su uso (por qué fue recetado) Alergias, goteo nasal	Razón para su uso	Razón para su uso
Cantidad de veces por día: Una vez por día	Cantidad de veces por día:	Cantidad de veces por día:
Momento del día <input checked="" type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro	Momento del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro	Momento del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro
Notas/Instrucciones especiales: Debe tomarse con las comidas	Notas/Instrucciones especiales:	Notas/Instrucciones especiales:

Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Razón para su uso	Razón para su uso	Razón para su uso
Cantidad de veces por día:	Cantidad de veces por día:	Cantidad de veces por día:
Momento del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro	Momento del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro	Momento del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro
Notas/Instrucciones especiales:	Notas/Instrucciones especiales:	Notas/Instrucciones especiales:

Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Razón para su uso	Razón para su uso	Razón para su uso
Cantidad de veces por día:	Cantidad de veces por día:	Cantidad de veces por día:
Momento del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro	Momento del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro	Momento del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de dormir <input type="checkbox"/> Según se necesite <input type="checkbox"/> Otro
Notas/Instrucciones especiales:	Notas/Instrucciones especiales:	Notas/Instrucciones especiales:

Nombre del niño: _____

Consentimientos y permisos**(1) Consentimiento general**

Por la presente solicito que *[ingrese el nombre del niño]* _____ asista a Camp Burnt Gin. He completado todo el formulario de solicitud y declaro que, a mi mejor saber y entender, toda la información que he brindado es precisa y está completa y actualizada. Otorgo mi permiso para que se tomen fotografías y se realicen publicaciones que sean para el beneficio del niño y del campamento. Me han proporcionado una copia del folleto del campamento y estoy familiarizado con todas las actividades y programas que Camp Burnt Gin ofrece. Me han otorgado la posibilidad de realizar preguntas sobre el programa del campamento, las normas, actividades y excursiones, y acepto cumplir con todos los requisitos de participación del niño.

Firma del tutor legal_____
Fecha_____
Relación con el acampante_____
Firma del acampante *_____
Fecha**(2) Descargo de responsabilidad**

Comprendo que la participación de mi hijo *[ingrese el nombre del niño]* _____ en las actividades del Camp Burnt Gin es completamente voluntaria y me he familiarizado con el programa y las actividades del campamento en las que participará mi hijo. Reconozco que los riesgos y ciertos peligros son inherentes a la experiencia, los eventos y al programa del campamento.

Reconozco que a pesar de que Camp Burnt Gin ha tomado medidas de seguridad para reducir los riesgos de daños o lesiones a los participantes del campamento, Camp Burnt Gin no puede asegurar ni garantizar que los participantes, las instalaciones o las actividades estén libres de peligro, accidentes o lesiones. Yo, en mi nombre y en el de mis herederos y cesionarios, asumo conscientemente todos los riesgos y eximo a Camp Burnt Gin, a su personal y al Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur de toda responsabilidad por cualquier lesión que pueda sufrir mi hijo por participar en el programa de Camp Burnt Gin.

Declaro que, a mi mejor saber y entender, mi hijo no padece ninguna afección que pudiera interferir en su participación en las actividades del campamento. También declaro que él/ella no está bajo cuidado médico por ninguna afección no revelada que pudiera poner en peligro su salud o la de otros participantes y que he indicado todas las alergias, limitaciones y necesidades especiales que conozco respecto de mi hijo.

También reconozco y he instruido a mi hijo sobre la importancia de conocer y cumplir las normas, reglamentos y procedimientos del campamento para la seguridad de los demás participantes.

Firma del tutor legal_____
Fecha_____
Relación con el acampante_____
Firma del acampante *_____
Fecha**(3) Permiso y restricciones para participar en las actividades**

Estoy familiarizado con las actividades de rutina en Camp Burnt Gin. Entiendo que mi hijo estará supervisado y acompañado por el personal del campamento en todo momento. _____ *[Ingrese el nombre del niño]* tiene permiso para realizar todas las actividades del campamento: deportes y juegos, arte y manualidades, naturaleza, bellas artes, natación, navegación en bote, campamento al aire libre en el lugar y excursiones, exceptuando las restricciones enumeradas en la solicitud o incluidas en el formulario de examen médico del acampante enviada junto con esta solicitud.

Firma del tutor legal_____
Fecha_____
Relación con el acampante_____
Firma del acampante *_____
Fecha

Nombre del niño: _____

(4) Autorización

Hasta donde tengo conocimiento, la información de salud provista junto con esta solicitud es correcta y completa. La persona descrita en esta solicitud tiene permiso para realizar todas las actividades del campamento exceptuando las indicadas.

Por la presente concedo permiso al personal del campamento para brindar cuidado de salud rutinario, administrar los medicamentos recetados y sin receta aprobados por el médico del campamento, y procurar tratamiento médico de emergencia, incluidos rayos X o análisis de rutina.

Acepto proporcionar cualquier registro necesario con fines de tratamiento, remisión, facturación o seguro. Entiendo que la información sobre el seguro médico de mi hijo/a será suministrada al proveedor de atención médica con fines de facturación.

Otorgo mi permiso al personal del campamento para realizar u organizar el transporte necesario de mi hijo.

En caso de que no se me pueda contactar por una emergencia, concedo por la presente permiso al médico seleccionado por el personal de Camp Burnt Gin para proteger y administrar tratamiento, incluida la hospitalización, a mi hijo según se designa abajo.

Nombre del solicitante
(Escriba en LETRA DE IMPRENTA
el nombre de la persona que asistirá
al campamento)

Fecha

Firma del tutor legal

Fecha

Relación con el acampante

Firma de solicitante (acampante) *

Fecha

**OBLIGATORIA si el solicitante cumplirá 18 años o más el 15 de agosto o en una fecha anterior. Ver información sobre los derechos de toma de decisiones de Campistas mayores de 18 años.*

COMPLETE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN ANTES DE ENVIAR LA SOLICITUD

La solicitud NO está completa si no contiene la información de la siguiente lista. Marque el casillero si la respuesta es "SÍ". Todos los casilleros deben estar marcados para asegurarse de que la solicitud contiene toda la información requerida. Las solicitudes incompletas serán devueltas sin revisión. Si tiene preguntas, comuníquese al 803-898-0784.

- TODAS las preguntas deben estar respondidas. Controle cada página.
- Firma del responsable legal o del solicitante en las páginas 7 y 8.
- Examen médico (paginas 9 y 10) completo, firmado y adjunto.
- Copia adjunta de la tarjeta de Medicaid o del seguro.
- Copia adjunta del certificado de vacunación de Carolina del Sur (DHEC 2740). (Vacuna antitetánica debe ser dentro de los últimos 10 años).

Enviar la solicitud completa a:

**CAMP BURNT GIN
2100 BULL STREET
COLUMBIA, SC 29201**

Nombre del niño: _____

EXAMEN MÉDICO DEL ACAMPANTE

Las paginas 9 y 10 deben completarse por un médico autorizado, una enfermera especializada o un ayudante de médico para todos los solicitantes de Camp Burnt Gin. **El examen físico debe haberse completado dentro de un plazo de 12 meses antes de que el niño asista al campamento.**

Nombre _____ Fecha del examen _____

Diagnósticos (Haga una lista de TODOS los diagnósticos médicos, enfermedades o discapacidades)

1. _____ 5. _____
 2. _____ 6. _____
 3. _____ 7. _____
 4. _____ 8. _____

Alergias NO SÍ

Altura _____ Peso _____ Presión sanguínea _____

Resultados del examen	Dentro de los parámetros normales	Parámetros anormales	Explicar los resultados anormales /inusuales
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cabeza/cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Boca/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pecho/pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sistema óseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuromuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cabeza/cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Boca/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pecho/pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sistema óseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuromuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Evaluación general _____

Dieta especial NO SÍ (Si marca "sí", describa) _____

Medicamentos (Enumere el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración o adjunte la lista. El personal del campamento no administrará vitaminas ni suplementos de hierbas.)

Tratamientos _____

Nombre del niño: _____

Las vacunas están al día. NO Sí (adjunte una copia del certificado de vacunación de SC).

¿Utiliza en niño un aparato de CPAP o Bipap? NO Sí (En caso afirmativo, llene el formulario de exención D-1856 sobre dispositivos CPAP/ BiPAP)

¿El/la niño/a usa un estimulador del nervio vago? NO Sí (si respondió Sí, adjunte una copia del plan de ENV – estimulador del nervio vago)

¿Puede participar el niño en el programa de natación? NO Sí (Si marca "sí", indique las restricciones a continuación)

Limitaciones o restricciones para las actividades del campamento: _____

Problemas médicos o sociales que el personal del campamento deba observar e informar: _____

He examinado a la persona que se nombra en esta solicitud y he revisado su historia clínica. En mi opinión esta persona está físicamente apta para realizar las actividades del campamento, exceptuando lo indicado arriba.

Firma y credenciales

Fecha

Nombre (En LETRA DE IMPRENTA) _____

Dirección _____

Teléfono _____

Médico de contacto si ocurre un problema en el campamento: Nombre y teléfono _____

Médico de atención primaria: Nombre y teléfono _____

INSTRUCTIONS
Camp Burnt Gin (CBG) Application
(DHEC 0717)

PURPOSE:

This form is completed by parents or others to provide information about prospective campers to determine if they can function in a residential camp setting, and to provide information for campers' care while at camp.

USERS

The parent/guardian completes the Camp Burnt Gin Application and the camper's physician completes the medical examination portion.

ITEM-BY-ITEM INSTRUCTIONS

Instructions for completing each item are embedded in the form. Users are instructed to answer each question.

OFFICE MECHANICS AND FILING

The enrollment application is kept in the camper's file at camp during the summer and becomes part of the permanent file maintained by the Children and Youth with Special Health Care Needs Program for 13 years after the minors last Camp session, or until the minor has reached his/her nineteenth birthday whichever period is longer.