



THE HOLE IN THE WALL GANG CAMP

Solicitud de fin de semana familiar

Información General a completar por los padres / responsable

Campamento

Fin de Semana Familiar en Español

Fechas

Del 22 de Septiembre al 24 de Septiembre

¿Su hijo ha asistido previamente a Hole in the Wall?

No Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Su familia ha asistido previamente a un fin de semana familiar?

No Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Necesita ayuda con el transporte?

No Sí

En caso afirmativo, ¿cómo podemos ayudarle?

¿Cuál es la mejor manera de que el campamento le notifique y le recuerde las oportunidades del programa?

Marque todas las que correspondan.

Correo electrónico Redes sociales Mensaje de texto Otro: _____

¿Cómo se enteró del campamento? Marque todas las que correspondan.

Proveedor médico Redes sociales Programa de Alcance Hospitalario (HOP) Sitio web Otro: _____

Contacto de Emergencia - alguien diferente a los miembros de la familia que asisten

Nombre

Teléfono

Teléfono Secundario

Información del campista

Nombre del campista Diagnóstico Fecha de nacimiento del campista

Calle y número de apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono móvil de los
padres/ responsables

Teléfono de la casa de los
padres/ responsables

Correo electrónico de los
padres/ responsables

Información sobre la salud del campista

Nombre de la clínica u hospital

Nombre del médico especialista del
campista

Título

Teléfono

Médico de Atención Primaria del
campista

Título

Teléfono

Necesidades especiales de la Familia

Por favor, marque las necesidades que correspondan a su familia

Refrigerador para medicamentos Vivienda en el primer piso Otro _____

Describa las necesidades específicas relacionadas con la cultura y/o la fe de su familia, que podrían relacionarse con la dieta, la práctica espiritual (por ejemplo: la oración), el atuendo, la conservación de los días festivos o la capacidad de participar en ciertas actividades en el campamento:

Comparta cualquier información adicional sobre su familia: (datos curiosos, cumpleaños, aniversarios, información importante, etc.)

Enumere a los miembros de la familia que asistirán

Complete un formulario del historial médico y consentimiento para cada uno de los adultos y niños enumerados a continuación.

Nombre del padre/responsable # 1	Fecha de nacimiento	Género
----------------------------------	---------------------	--------

Relación con el campista	Teléfono móvil	Teléfono fijo
--------------------------	----------------	---------------

Nombre del padre/responsable # 2	Fecha de nacimiento	Género
----------------------------------	---------------------	--------

Relación con el campista	Teléfono móvil	Teléfono fijo
--------------------------	----------------	---------------

¿Quién tiene la custodia legal de los niños menores de 18 años?

Miembros adicionales de la familia: hermanos y / o miembros del hogar que asistirán

Nombre	Fecha de nacimiento	Género
--------	---------------------	--------

Nombre	Fecha de nacimiento	Género
--------	---------------------	--------

Nombre	Fecha de nacimiento	Género
--------	---------------------	--------

Nombre	Fecha de nacimiento	Género
--------	---------------------	--------

Nombre	Fecha de nacimiento	Género
--------	---------------------	--------

Nombre	Fecha de nacimiento	Género
--------	---------------------	--------

Comunicados de prensa y permisos especiales

Doy o no doy (**seleccione uno**) mi permiso y apruebo el uso de la imagen de mi familia, nombre, información biográfica y/o grabación de audio (y / o imagen, nombre, información biográfica o grabación de audio de mi hijo si el sujeto es menor de edad) para ser utilizada por The Hole In The Wall Gang Camp como parte de sus esfuerzos de recaudación de fondos, propaganda, publicidad, promoción o cualquier otro uso. Entiendo y acepto que mi imagen, información y/o grabación de audio puede aparecer en cualquier medio conocido o futuro, incluidos, entre otros, materiales impresos, videos, presentaciones en línea u otros medios. Por la presente, renuncio a cualquier derecho de inspeccionar y aprobar los usos a los que se pueda aplicar. Nada de lo aquí expuesto constituirá una obligación para The Hole In The Wall Gang Camp de usar cualquiera de los derechos anteriores.

Acepto o no acepto (**seleccione uno**) recibir materiales informativos del campamento, como boletines informativos y otras publicaciones.

Este permiso / autorización, incluidas todas sus subpartes, será efectivo hasta que se revoque por escrito.

Firma del padre/responsable _____ Fecha _____

Información y consentimiento importante sobre COVID-19

Durante esta pandemia mundial, la salud y la seguridad de todos los miembros de nuestra comunidad del campamento son prioritarias. Estamos implementando las prácticas de salud pública más conocidas dentro de nuestra programación de campamentos para incluir exámenes de salud, distanciamiento físico y mascarillas.

Los adultos y los niños con ciertas afecciones médicas subyacentes tienen un mayor riesgo de enfermedades graves por el COVID-19. Se puede encontrar una lista de afecciones médicas asociadas con un mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 en la guía de los CDC en www.cdc.gov. Es especialmente importante que las personas con mayor riesgo de padecer una enfermedad grave por COVID-19, y las que viven con ellas, se protejan de contraer COVID-19.

Sepa que, en el campamento, estamos haciendo todo lo posible para mantener a todos seguros, pero no podemos eliminar al 100% el riesgo de exposición al COVID-19. En última instancia, es decisión de cada familia, conociendo los riesgos, venir al campamento.

Si las familias tienen alguna preocupación sobre su participación, se les anima a consultar con su pediatra o proveedor de atención médica si el campamento es apropiado para sus hijos. Además, debe asegurarse de que sus hijos estén al día con las vacunas antes de que asistan. Nuestro personal médico estará preparado para proporcionar primeros auxilios y actuar SOLO en situaciones de emergencia.

Además, varios estados han impuesto restricciones para viajar. La situación está cambiando rápidamente. HITWGC informa que todos los visitantes deben seguir las restricciones estatales y federales para viajar.

He leído y entiendo que no se puede garantizar un riesgo de cero infecciones por COVID-19 y que hay un mayor riesgo para las personas con ciertas afecciones médicas. Estoy de acuerdo en adherirme a las políticas del campamento para mantener nuestra comunidad sana y segura.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso _____

Formulario de Antecedentes Médicos para menores de edad

Debe completarse para CADA NIÑO (de 17 años o menos) que venga al campamento

Por favor complete un formulario de Historial Médico para **cada niño** que viene al fin de semana familiar. Estos formularios son revisados por el equipo médico del campamento y la información proporcionada se utiliza para determinar qué actividades del campamento son seguras para cada participante.

Nombre Fecha de nacimiento Edad

Relación del niño con el campista principal

SÍ NO

Idioma principal

Habla inglés

Enumere cualquier condición médica pasada o en curso y / o consideraciones

Enumere cualquier condición de salud mental pasada o en curso

Enumere las limitaciones o restricciones en cualquier actividad

¿El participante utiliza algún dispositivo de movilidad (silla de ruedas, andador, muletas, etc.)?

SÍ NO

Por favor, explique

¿El desarrollo del niño es apropiado para su edad?

SÍ NO

En caso negativo, explique

¿Cómo expresa su hijo sus necesidades y sentimientos a los demás?

Palabras Habladas

Palabras Escritas

Lenguaje de Señas

Gestos

Dispositivos

Otro:

¿Hay algo especial que usted o su hijo quieran que el campamento sepa?

INMUNIZACIÓN - Adjunte una copia de su registro de vacunación, si está disponible

ALERGIAS:

Tipo de Alérgeno alimentos / medicamentos / medio ambiente	Nombre del Alérgeno ¿Qué causa la reacción?	Tipo de Reacción urticaria / erupción / vómitos	Medio de exposición ¿comerlo / contacto con la piel o el cuerpo / inhalarlo / otro?

Formulario de consiente para menores de edad

Debe completarse para CADA NIÑO (de 17 años o menos) que venga al campamento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Edad

Consentimiento para tratamiento médico

Acepto o no acepto (**seleccione uno**) por la presente, en el caso de que sea necesario, otorgar permiso al personal de atención médica en The Hole in the Wall Gang Camp o a los médicos consultores; para obtener pruebas de laboratorio, radiografías, administrar medicamentos rutinarios o de otro tipo, y proporcionar cualquier atención de emergencia o rutinaria requerida para

(Nombre del niño)

Consentimiento para las actividades

Acepto o no acepto (seleccione uno) que yo y/o mi hijo/a está autorizado a participar en todas y cada una de las actividades administradas, patrocinadas o sancionadas oficialmente en The Hole In The Wall Gang Camp, que incluyen, entre otras: (1) Paseos en barco y pesca supervisados, (2) Escalada en muro supervisada, (3) tiro con arco, (4) natación supervisada en una piscina climatizada, (5) paseos a caballo supervisados. Ciertas afecciones médicas pueden limitar la participación en programas específicos y pueden requerir autorización médica adicional de su proveedor de atención médica.

Para obtener más detalles del programa, incluida una lista completa de actividades que se ofrecen los fines de semana familiares, visite nuestro sitio web: www.holeinthewallgang.org

Me gustaría / nos gustaría consultar más a fondo las siguientes áreas: _____

Este formulario se puede fotocopiar para usarlo fuera del campamento.

Firma: (Padre / Tutor del niño) _____

Fecha: _____

Firma: (Padre / Tutor del niño) _____

Formulario de Antecedentes Médicos para menores de edad

Debe completarse para CADA NIÑO (de 17 años o menos) que venga al campamento

Por favor complete un formulario de Historial Médico para **cada niño** que viene al fin de semana familiar. Estos formularios son revisados por el equipo médico del campamento y la información proporcionada se utiliza para determinar qué actividades del campamento son seguras para cada participante.

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad
--------	---------------------	------

Relación del niño con el campista principal

SÍ NO

Idioma principal

Habla inglés

Enumere cualquier condición médica pasada o en curso y / o consideraciones

Enumere cualquier condición de salud mental pasada o en curso

Enumere las limitaciones o restricciones en cualquier actividad

¿El participante utiliza algún dispositivo de movilidad (silla de ruedas, andador, muletas, etc.)?

SÍ NO

 Por favor, explique

¿El desarrollo del niño es apropiado para su edad?

SÍ NO

 En caso negativo, explique

¿Cómo expresa su hijo sus necesidades y sentimientos a los demás?

Palabras Habladas

Palabras Escritas

Lenguaje de Señas

Gestos

Dispositivos

Otro:

¿Hay algo especial que usted o su hijo quieran que el campamento sepa?

INMUNIZACIÓN - Adjunte una copia de su registro de vacunación.

ALERGIAS:

Tipo de Alérgeno alimentos / medicamentos / medio ambiente	Nombre del Alérgeno ¿Qué causa la reacción?	Tipo de Reacción urticaria / erupción / vómitos	Medio de exposición ¿comerlo / contacto con la piel o el cuerpo / inhalarlo / otro?

Formulario de consiente para menores de edad

Debe completarse para CADA NIÑO (de 17 años o menos) que venga al campamento

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Edad

Consentimiento para tratamiento médico

Acepto o no acepto (**seleccione uno**) por la presente, en el caso de que sea necesario, otorgar permiso al personal de atención médica en The Hole in the Wall Gang Camp o a los médicos consultores; para obtener pruebas de laboratorio, radiografías, administrar medicamentos rutinarios o de otro tipo, y proporcionar cualquier atención de emergencia o rutinaria requerida para

(Nombre del niño)

Consentimiento para las actividades

Acepto o no acepto (seleccione uno) que yo y/o mi hijo/a está autorizado a participar en todas y cada una de las actividades administradas, patrocinadas o sancionadas oficialmente en The Hole In The Wall Gang Camp, que incluyen, entre otras: (1) Paseos en barco y pesca supervisados, (2) Escalada en muro supervisada, (3) tiro con arco, (4) natación supervisada en una piscina climatizada, (5) paseos a caballo supervisados. Ciertas afecciones médicas pueden limitar la participación en programas específicos y pueden requerir autorización médica adicional de su proveedor de atención médica.

Para obtener más detalles del programa, incluida una lista completa de actividades que se ofrecen los fines de semana familiares, visite nuestro sitio web: www.holeinthewallgang.org

Me gustaría / nos gustaría consultar más a fondo las siguientes áreas: _____

Este formulario se puede fotocopiar para usarlo fuera del campamento.

Firma: (Padre / Tutor del niño) _____

Fecha: _____

Firma: (Padre / Tutor del niño) _____

Formulario de Historial Clínico-Adultos

Debe completarse para cada adulto que venga al campamento

Nombre Fecha de nacimiento Edad

Relación del adulto con el campista principal

Idioma principal

¿Habla inglés?

Necesidades dietéticas especiales

Enumere cualquier condición médica pasada o en curso y / o consideraciones

Enumere cualquier condición de salud mental pasada o en curso

Enumere las limitaciones o restricciones en cualquier actividad

¿El participante utiliza algún dispositivo de movilidad (silla de ruedas, andador, muletas, etc.)?

SÍ NO

Explique

INMUNIZACIÓN - Adjunte una copia de su registro de vacunación, si está disponible

COVID-19

Dosis 1:	Fabricante:	Dosis 3:	Fabricante:
Dosis 2:	Fabricante:	Dosis 4:	Fabricante:
¿Ha tenido Covid-19?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fechas clínicas de la enfermedad (si procede):	

Otras Vacunas

Sí

No

Fechas de vacunación, niveles de anticuerpos o enfermedad

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Fechas de vacunación, niveles de anticuerpos o enfermedad</u>
¿Es inmune al sarampión? *			
¿Es inmune a las paperas? *			
¿Es inmune a la rubéola? *			
¿Es inmune a la varicela? **			
¿Ha recibido la vacuna Tdap?			

* Se necesitan 2 dosis de la vacuna, si ha nacido antes de 1957 se le considera inmune

** se requieren 2 dosis de vacuna

ALERGIAS

Tipo de Reacción alimentos / medicamentos / medio ambiente	Nombre del alérgeno ¿Qué causa la reacción?	Tipo de Reacción urticaria / erupción / vómitos	Medio de exposición ¿Comerlo / contacto con la piel o el cuerpo / inhalarlo / otro?

Formulario de Consentimiento-Adultos

Debe completarse para cada adulto que venga al campamento

Nombre del adulto

Fecha de nacimiento

Edad

Dirección (si es diferente de la dirección que figura en la información de contacto)

Calle y número de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Consentimiento para tratamiento médico

Acepto o no acepto (**seleccione uno**) por la presente, en el caso de que sea necesario, otorgar permiso al personal de atención médica en The Hole in the Wall Gang Camp o a los médicos consultores; para obtener pruebas de laboratorio, radiografías, administrar medicamentos de rutina y de otro tipo, y proporcionar cualquier atención de emergencia o de rutina requerida para

(Nombre del adulto)

Consentimiento para las actividades

Acepto o no acepto (seleccione uno) que yo y/o mi hijo/a está autorizado a participar en todas y cada una de las actividades administradas, patrocinadas o sancionadas oficialmente en The Hole In The Wall Gang Camp, que incluyen, entre otras: (1) Paseos en barco y pesca supervisados, (2) Escalada en muro supervisada, (3) tiro con arco, (4) natación supervisada en una piscina climatizada, (5) paseos a caballo supervisados. Ciertas afecciones médicas pueden limitar la participación en programas específicos y pueden requerir autorización médica adicional de su proveedor de atención médica.

Para obtener más detalles del programa, incluida una lista completa de actividades que se ofrecen los fines de semana familiares, visite nuestro sitio web: www.holeinthewallgang.org

Me gustaría / nos gustaría consultar más a fondo las siguientes áreas: _____

Este formulario se puede fotocopiar para usarlo fuera del campamento.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el campista principal: _____

Formulario de Historial Clínico-Adultos

Debe completarse para cada adulto que venga al campamento

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad
Relación del adulto con el campista principal		
Idioma principal	¿Habla inglés?	
Necesidades dietéticas especiales		

Enumere cualquier condición médica pasada o en curso y / o consideraciones

Enumere cualquier condición de salud mental pasada o en curso

Enumere las limitaciones o restricciones en cualquier actividad

¿El participante utiliza algún dispositivo de movilidad (silla de ruedas, andador, muletas, etc.)?

SÍ NO

Explique

INMUNIZACIÓN - Adjunte una copia de su registro de vacunación, si está disponible

COVID-19

Dosis 1:	Fabricante:	Dosis 3:	Fabricante:
Dosis 2:	Fabricante:	Dosis 4:	Fabricante:
¿Ha tenido Covid-19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Fechas clínicas de la enfermedad (si procede):

Otras Vacunas

Sí

No

Fechas de vacunación, niveles de anticuerpos o enfermedad

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Fechas de vacunación, niveles de anticuerpos o enfermedad</u>
¿Es inmune al sarampión? *			
¿Es inmune a las paperas? *			
¿Es inmune a la rubéola? *			
¿Es inmune a la varicela? **			
¿Ha recibido la vacuna Tdap?			

* Se necesitan 2 dosis de la vacuna, si ha nacido antes de 1957 se le considera inmune

** se requieren 2 dosis de vacuna

ALERGIAS

Tipo de Reacción alimentos / medicamentos / medio ambiente	Nombre del alérgeno ¿Qué causa la reacción?	Tipo de Reacción urticaria / erupción / vómitos	Medio de exposición ¿Comerlo / contacto con la piel o el cuerpo / inhalarlo / otro?

Formulario de Consentimiento-Adultos

Debe completarse para cada adulto que venga al campamento

Nombre del adulto

Fecha de nacimiento

Edad

Dirección (si es diferente de la dirección que figura en la información de contacto)

Calle y número de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Consentimiento para tratamiento médico

Acepto o no acepto (**seleccione uno**) por la presente, en el caso de que sea necesario, otorgar permiso al personal de atención médica en The Hole in the Wall Gang Camp o a los médicos consultores; para obtener pruebas de laboratorio, radiografías, administrar medicamentos de rutina y de otro tipo, y proporcionar cualquier atención de emergencia o de rutina requerida para

(Nombre del adulto)

Consentimiento para las actividades

Acepto o no acepto (seleccione uno) que yo y/o mi hijo/a está autorizado a participar en todas y cada una de las actividades administradas, patrocinadas o sancionadas oficialmente en The Hole In The Wall Gang Camp, que incluyen, entre otras: (1) Paseos en barco y pesca supervisados, (2) Escalada en muro supervisada, (3) tiro con arco, (4) natación supervisada en una piscina climatizada, (5) paseos a caballo supervisados. Ciertas afecciones médicas pueden limitar la participación en programas específicos y pueden requerir autorización médica adicional de su proveedor de atención médica.

Para obtener más detalles del programa, incluida una lista completa de actividades que se ofrecen los fines de semana familiares, visite nuestro sitio web: www.holeinthewallgang.org

Me gustaría / nos gustaría consultar más a fondo las siguientes áreas: _____

Este formulario se puede fotocopiar para usarlo fuera del campamento.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el campista principal: _____

Demográficos

Las siguientes preguntas son OPCIONALES. Estamos preguntando esta información demográfica porque The Hole in the Wall Gang Camp está comprometido con la diversidad, la equidad y la inclusión. Esta información se utilizará para hacer un seguimiento del interés y la participación en todos nuestros programas para que podamos seguir atendiendo a diversos grupos. Esta información NO se utilizará para evaluar la solicitud ni afectará a la experiencia del solicitante en el campamento.

¿El solicitante está interesado en un almuerzo gratuito o a precio reducido?

- Sí No Prefiero no decir

¿Qué categorías describen al solicitante? Marque todas las que correspondan

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Hispano, latino o español
- Mediooriental / Norteafricano
- Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico
- Blanco
- Alguna otra raza, etnia u origen
- Prefiero no decirlo

Si es otro, por favor explique: _____

PERMONDO
Translations for non-profit

Traducción al español dentro del proyecto PerMundo para la traducción gratuita de páginas web y documentos para ONG y asociaciones sin ánimo de lucro. Proyecto dirigido por Mondo Agit.
Traductora: Sara Valentina Varon Bernal. Revisora: María Cepeda Rodríguez.