



Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica SOLICITUD PARA ASISTIR AL CAMPAMENTO BURNT GIN

Primera solicitud Ya ha asistido al Campamento Burnt Gin Talla de la camiseta _____
Solicitud de sesión: 1.ª opción: _____ 2.ª opción _____

Información general

1. Solicitante (Proporcione información sobre el/la solicitante).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Dirección postal _____

Ciudad SC _____ Código postal _____ Sexo/Género Masculino Femenino

Idioma principal si no es inglés Español Otro _____

Se necesita intérprete NO SÍ

2. Tutor legal (Proporcione información sobre la persona o personas responsables del solicitante.)

Nombre _____

Calle _____

Ciudad SC _____ Código postal _____

Parentesco con el/la solicitante Padre o madre De acogida Otro _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Idioma principal si no es inglés Español Otro _____ Se necesita intérprete NO SÍ

Nombre _____

Calle _____

Ciudad SC _____ Código postal _____

Parentesco con el/la solicitante Padre o madre De acogida Otro _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Idioma principal (si no es el inglés) Español Otro _____ Se necesita intérprete NO SÍ

3. Contacto de emergencia (Proporcione el nombre de un adulto que no pertenezca al hogar del/de la solicitante y que se pueda llamar en caso de no poder localizar a su tutor/a legal).

Nombre _____

Dirección (física, no de apartado postal [P.O. Box]) _____

Parentesco con el/la solicitante _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Idioma principal si no es inglés Español Otro _____ Se necesita intérprete NO SÍ

Solicitud para asistir al CAMPAMENTO BURNT GIN

Nombre del/de la solicitante: _____

Información sobre salud, medicina y temas relacionados

1. Seguro médico NINGUNO (*el/la solicitante no tiene cobertura de seguro médico*)
 Medicaid (*adjunte una copia de la tarjeta de Medicaid*)
 Otro seguro (*adjunte una copia de la tarjeta del seguro*)

2. Diagnósticos (*indique TODOS los diagnósticos médicos, problemas de salud o discapacidades*)

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

3. Alergias (*Marque "NO" o "SÍ" en cada elemento. En caso de que marque "SÍ", proporcione información adicional*)

NO SÍ

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias a medicamentos (<i>indíquelas</i>) | <i>Especifique lo que ocurre y el tratamiento que necesita</i> |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias alimentarias (<i>indíquelas</i>) | <i>Especifique lo que ocurre y el tratamiento que necesita</i> |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras alergias (<i>indíquelas</i>) | <i>Especifique lo que ocurre y el tratamiento que necesita</i> |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

4. Más información médica (*Marque "NO" o "SÍ" en cada elemento. En caso de que marque "SÍ", proporcione información adicional*)

NO SÍ

- Enfermedad o afección contagiosa (*especifique*) _____
- Tubos en los oídos _____
- Enfermedad, lesión o intervención quirúrgica reciente (*especifique*) _____
- Convulsiones. (*En caso afirmativo, complete el plan de acción para convulsiones agudas del Campamento Burnt Gin, formulario 4522*).
Fecha de la última convulsión _____
Especifique la actividad convulsiva _____
- ¿El solicitante tiene un estimulador del nervio vago, un neuroestimulador sensible o un dispositivo de estimulación cerebral profunda? (*En caso afirmativo, adjunte las instrucciones al plan de acción para casos de convulsiones agudas del solicitante en el Campamento Burnt Gin, formulario 4522*).
- Inmunizaciones al día (*Adjunte una copia del certificado de inmunización de Carolina del Sur*)
- Vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años (**OBLIGATORIA**)

Solicitud para asistir al CAMPAMENTO BURNT GIN

Nombre del/de la solicitante: _____

5. Desarrollo, comportamientos y comunicación (Marque "NO" o "SÍ" en cada elemento. En caso de que marque "SÍ", especifique el comportamiento y explique cómo el/la solicitante puede participar en el campamento sin suponer un peligro para sí mismo/a o para los demás).

NO SÍ

- Agresividad (mordeduras, golpes). _____
- Comportamientos autolesivos. _____
- Comportamientos sexuales problemáticos. _____
- Otros comportamientos interpersonales problemáticos. _____
- Afección social o emocional que afecta el comportamiento. _____
- Requiere supervisión individual. _____
- Dificultad para comprender o seguir instrucciones. _____
- Puede participar en actividades grupales. _____
- Riesgo de alejarse del grupo o perderse. _____
- Retraso en el desarrollo (en caso de que marque "SÍ", ¿cuál es el nivel de edad en el que funciona?). _____
- Asiste a la escuela (si la respuesta es Sí, marque el tipo de aula) Regular De recursos Autónoma

¿Cómo da a conocer el solicitante sus necesidades? (marque con un círculo todas las que correspondan)

- Habla Signos Gestos Tablero con imágenes Dispositivo electrónico Otro _____

Más información sobre el comportamiento o la comunicación _____

6. Equipamiento de asistencia y adaptación (marque la casilla correspondiente al equipamiento que el/la solicitante usará en el campamento).

- NINGUNA
- Silla de ruedas (manual) Soporte(s) para las piernas
- Silla de ruedas (motorizada) Anteojos
- Caminante Audífono(s)
- Muletas Implante coclear
- Bastón Dispositivo computarizado (describa) _____
- Prótesis Otro (describa) _____

NO SÍ

- ¿El/la solicitante empuja su silla de ruedas manual?
- ¿El/la solicitante necesita ayuda para sentarse y levantarse de la silla de ruedas? (En caso afirmativo, describa a continuación) _____

Otra información sobre necesidades de movilidad: _____

Solicitud para asistir al CAMPAMENTO BURNT GIN

Nombre del/de la solicitante: _____

7. Dieta y alimentación (*En caso afirmativo, describa las rutinas y/o la asistencia necesarias*)

NO **SÍ**

 Dieta especial (*En caso afirmativo, describa y especifique si se traerá comida de casa*). _____

 Preparación especial de alimentos _____

 Necesita ayuda para comer _____

 Sonda gástrica colocada (*en caso afirmativo, complete el plan de acción para alimentación enteral/gástrica del Campamento Burnt Gin, formulario 4515*).
Fórmula usada _____

Cantidad por comida _____

Número de tomas al día _____

Horarios de alimentación Desayuno _____ Almuerzo _____ Cena _____

Hora de acostarse _____

Método Bolo (*alimentación por bolo solo en el campamento; sin bombas*)

Más información sobre la nutrición, la dieta o la alimentación (*preferencias alimentarias, hábitos a la hora de comer, etc.*):

8. Hábitos de cuidado personal y sueño (*En caso afirmativo, describa las rutinas y/o la asistencia necesarias*)

NO **SÍ**

 Necesita ayuda con el cepillado de dientes o la higiene bucal de rutina. _____

 Tiene otras necesidades de higiene bucal o dentales _____

 Dificultad para conciliar el sueño _____

 Tiene dificultad para prolongar el sueño. _____

 Tiene sonambulismo. _____

 Deambula de noche. _____

 Necesita ayuda para vestirse. _____

 Necesita ayuda para ducharse. _____

 Tiene problemas de control intestinal. _____

 Tiene deposiciones irregulares. _____

 Tiene problemas de control de la vejiga. _____

 Tiene una sonda urinaria (*en caso de que marque "SÍ", especifique las rutinas*). _____

 (*Solo para mujeres*) Ha menstruado. _____

Más información sobre las necesidades de cuidado personal y de uso del baño: _____

Solicitud para asistir al CAMPAMENTO BURNT GIN

Nombre del/de la solicitante: _____

9. Permiso para participar en actividades (*Indique las actividades en las que el/la solicitante puede participar durante el campamento. Especifique cualquier restricción para participar en las actividades incluidas en el folleto del campamento o en el material informativo.*)

Actividad del campamento	NO	SÍ	SÍ, pero con las restricciones enumeradas a continuación.
Deportes y juegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Manualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Actividades en la 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"/> _____
Paseos en bote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Campamentos (en el lugar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

10. Otro (*Las siguientes preguntas permitirán obtener información sobre las razones por las que el padre, la madre o el/la tutor/a legal quiere que el/la solicitante asista al campamento, además de otras inquietudes e información general sobre el/la solicitante.*)

¿Se puede brindar la atención médica necesaria al/a la solicitante en el entorno rústico del Campamento Burnt Gin?

Más información o sugerencias dirigidas al personal para que el/la solicitante viva una buena experiencia en el campamento.

¿Le preocupa algún aspecto sobre la participación en el campamento que no se haya abordado? _____

¿Cómo crees que el solicitante se beneficiará del Camp Burnt Gin? _____

¿Puede el solicitante tolerar estar al aire libre en el calor del verano? _____

¿Necesitará ayuda el solicitante con el transporte? _____

¿Cómo llegará y saldrá el solicitante del Campamento? _____

Ejemplos de intereses, pasatiempos, gustos y preferencias que podrían mejorar la experiencia del/de la solicitante durante su estadía en el campamento. _____

Solicitud para asistir al CAMPAMENTO BURNT GIN

Nombre del/de la solicitante: _____

11. Medicamentos (*Enumere todos los medicamentos que el/la solicitante toma actualmente. Indique los medicamentos exactamente como aparecen en el envase o la etiqueta de la receta. El/la solicitante debe traer todos los medicamentos en los envases originales etiquetados. El personal del campamento no administrará vitaminas ni suplementos herbales. Se enviará información adicional sobre los medicamentos antes de la sesión asignada del campamento*).

EJEMPLO		
Nombre del medicamento: Claritin	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Motivo de uso (por qué se recetó) Alergias, secreción nasal	Motivo de uso	Motivo de uso
Número de veces al día: Una vez al día	Número de veces al día:	Número de veces al día:
Hora del día <input checked="" type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro	Hora del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro	Hora del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro
Notas/instrucciones especiales: Debe tomarse con alimentos	Notas/instrucciones especiales:	Notas/instrucciones especiales:

Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Motivo de uso	Motivo de uso	Motivo de uso
Número de veces al día:	Número de veces al día:	Número de veces al día:
Hora del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro	Hora del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro	Hora del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro
Notas/instrucciones especiales:	Notas/instrucciones especiales:	Notas/instrucciones especiales:

Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Motivo de uso	Motivo de uso	Motivo de uso
Número de veces al día:	Número de veces al día:	Número de veces al día:
Hora del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro	Hora del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro	Hora del día <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Antes de dormir <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Otro
Notas/instrucciones especiales:	Notas/instrucciones especiales:	Notas/instrucciones especiales:

Solicitud para asistir al CAMPAMENTO BURNT GIN

Nombre del/de la solicitante: _____

Autorizaciones y permisos

(1) Autorización general

Mediante la presente, solicito que [ingrese el nombre del/de la solicitante] _____ asista al Campamento Burnt Gin. He completado el formulario de solicitud y declaro, según mi leal saber y entender, que la información que brindé es completa, precisa y actualizada. He recibido una copia del folleto del campamento y estoy al corriente de todas las actividades y programas que el Campamento Burnt Gin ofrece. Me invitaron a hacer preguntas sobre el programa, las normas y las actividades del campamento, y acepto cumplir con todos los requisitos de participación del/de la solicitante.

_____	_____	_____
Firma del/de la tutor/a legal	Fecha	Parentesco con el/la solicitante
_____	_____	
Firma del/de la solicitante*	Fecha	

(2) Autorización de uso de fotografías e imágenes

Doy permiso para que se tomen imágenes apropiadas (fotografías y videos) del/de la solicitante [ingrese el nombre del/de la solicitante] _____ y se utilicen como material promocional del Campamento Burnt Gin. Autorizo la publicación de las fotografías en folletos, comunicados de prensa, sitios web y redes sociales. Acepto que el material obtenido es y será propiedad del Campamento Burnt Gin, y que ni yo ni el/la solicitante tendremos derecho a revisar o aprobar el uso del nombre o de la imagen del/de la solicitante en dicho material.

_____	_____	_____
Firma del/de la tutor/a legal	Fecha	Parentesco con el/la solicitante
_____	_____	
Firma del/de la solicitante*	Fecha	

(3) Exención de responsabilidad

Entiendo que la participación del/de la solicitante [ingrese el nombre del/de la solicitante] _____ en las actividades del Campamento Burnt Gin es completamente voluntaria, y estoy al corriente del programa y de las actividades del campamento en los que participará el/la solicitante. Reconozco que algunos riesgos y peligros son inherentes a la experiencia, los eventos y el programa del campamento.

Acepto que, aunque se tomen medidas de seguridad para minimizar el riesgo de daños o lesiones a los/las participantes, el Campamento Burnt Gin no puede asegurar ni garantizar que los/las participantes, las instalaciones o las actividades estén exentos de peligros, accidentes o lesiones. Con respecto a mí, mis herederos y cesionarios, asumo de manera consciente todos los riesgos, y declaro que el Campamento Burnt Gin, los miembros de su personal y el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur están exentos de toda responsabilidad por cualquier lesión que sufra el/la solicitante como consecuencia de su participación en el programa del Campamento Burnt Gin.

Afirmo que, según mi leal saber y entender, el/la solicitante no padece ninguna afección que pueda interferir con su participación en las actividades del campamento. Además, no se encuentra bajo tratamiento médico por padecer ninguna afección que no se haya comunicado ni que pueda poner en peligro su salud o la de otros/otras participantes. Declaro que he declarado todas las alergias, limitaciones y necesidades especiales del/de la solicitante que sean de mi conocimiento.

Además, reconozco y he enseñado al/a la solicitante la importancia de conocer y cumplir con las normas, las regulaciones y los procedimientos del campamento para preservar la seguridad de los demás participantes.

_____	_____	_____
Firma del/de la tutor/a legal	Fecha	Parentesco con el/la solicitante
_____	_____	
Firma del/de la solicitante*	Fecha	

(4) Permiso para participar en actividades y restricciones

Estoy al corriente de las actividades de rutina que se desarrollan en el Campamento Burnt Gin. Entiendo que el personal del campamento supervisará y acompañará al/a la solicitante en todo momento. _____ [ingrese el nombre del/de la solicitante] tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento: deportes y juegos, manualidades, actividades en la naturaleza, bellas artes, natación, paseos en bote, campamentos en las instalaciones y excursiones, con la excepción de las restricciones enumeradas en la solicitud o incluidas en el formulario del examen médico del/de la campista, que se adjunta a la presente solicitud.

_____	_____	_____
Firma del/de la tutor/a legal	Fecha	Parentesco con el/la solicitante
_____	_____	
Firma del/de la solicitante*	Fecha	

Solicitud para asistir al CAMPAMENTO BURNT GIN

Nombre del/de la solicitante: _____

(5) Autorización

A mi entender, la información médica que se brinda en la presente solicitud es correcta y completa. La persona especificada en la presente tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, excepto cuando se indique lo contrario.

Mediante la presente, doy permiso al personal del campamento para brindar atención médica de rutina, para administrar medicamentos recetados y de venta libre que el especialista médico del campamento apruebe y para acudir a tratamientos médicos de emergencia en los que se incluyan, entre otros, órdenes de radiografías o pruebas de rutina.

Acepto la divulgación de todos los registros necesarios para fines vinculados al tratamiento, la derivación, la facturación o el seguro. Entiendo que la información del seguro del/de la solicitante se brindará al proveedor de atención médica para realizar la facturación.

Doy permiso al personal del campamento para proporcionar u organizar lo necesario para el traslado del/de la solicitante.

En caso de que no sea posible localizarme en una emergencia, por la presente autorizo al médico seleccionado por el personal del Campamento Burnt Gin a garantizar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, al solicitante que se indica a continuación.

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

Fecha

Firma del/de la tutor/a legal

Fecha

Parentesco con el/la solicitante

Firma del/de la solicitante*

Fecha

**OBLIGATORIO si el/la solicitante será mayor de 18 años antes del 15 de agosto. Consulte la información sobre los derechos de toma de decisiones de los/las solicitantes mayores de 18 años.*

COMPLETE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN ANTES DE ENVIAR LA SOLICITUD

La solicitud NO se considerará completa si carece de la información que se detalla a continuación. Marque la casilla si la respuesta es "SÍ". Se deben marcar todas las casillas para asegurarse de que la solicitud contenga la información requerida. No se determinará la aceptación hasta que la solicitud esté completa. Si tiene dudas, llame al 803-898-0784.

- Debe responder TODAS las preguntas. Revise cada página.
- Se incluye la firma del(de la) tutor(a) legal o solicitante en las páginas 7 y 8.
- Se adjunta la evaluación médica (página 9 y 10) completada y firmada.
- Se adjunta una copia de la tarjeta de Medicaid o del seguro.
- Se adjunta una copia del Certificado de Inmunización de Carolina del Sur (DPH 2740).
(La vacuna contra el tétanos se debe haber aplicado en los últimos 10 años).
- Se completan, firman y adjuntan, si procede, copias del formulario de exención de responsabilidad del Campamento Burnt Gin CPAP/BIPAP (formulario 1856), el plan de acción para convulsiones agudas del Campamento Burnt Gin (formulario 4522) y el plan de acción para alimentación enteral/gastroestomía del Campamento Burnt Gin (formulario 4515).

La solicitud completa y los documentos necesarios adjuntos se pueden escanear y enviar por correo electrónico a:

CAMPBURNTGIN@DPH.SC.GOV

o por correo postal:

**Camp Burnt Gin/Department of Public Health
P.O. Box 2046
West Columbia, SC 29171**

Solicitud para asistir al Campamento Burnt Gin (CBG)

Instrucciones para llenar el formulario 0717-SPA-DPH

OBJETIVO:

Este formulario se completó por el/la tutor/a legal del/de la solicitante para proporcionar información sobre los/las posibles campistas y determinar si pueden funcionar en un entorno de campamento residencial, además de proporcionar información para el cuidado del/de la solicitante mientras se encuentre en el campamento.

PÚBLICO

El tutor legal completa la solicitud del Campamento Burnt Gin.

INSTRUCCIONES

Las instrucciones para completar cada apartado se incluyen en el formulario. Se pide a los usuarios que respondan a cada pregunta.

MECÁNICA DE OFICINA Y ARCHIVO

La solicitud de inscripción se guarda en el expediente del solicitante en el campamento durante el verano y pasa a formar parte del expediente permanente que mantiene la Sección de Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Salud durante 13 años después de la última sesión del campamento del menor, o hasta que el menor cumpla diecinueve años, lo que sea más largo.