



Niños y jóvenes  
con necesidades especiales de salud  
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 el inglés)  Español  Otro \_\_\_\_\_ Se necesita intérprete  NO  Sí

2. Tutor/a legal (Proporcione información sobre las personas responsables del/de la solicitante).

Nombre \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ SC Código postal \_\_\_\_\_

Parentesco con el/la solicitante  Padre o madre  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

Nombre \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ SC Código postal \_\_\_\_\_

Parentesco con el/la solicitante  Padre o madre  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 el inglés)  Español  Otro \_\_\_\_\_ Se necesita intérprete  NO  Sí

Nombre del/de la solicitante: \_\_\_\_\_

**Información de salud, médica y afin**

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

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad o afección contagiosa ( <i>especifique</i> ) _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubos en los oídos _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad, lesión o intervención quirúrgica reciente ( <i>especifique</i> ) _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones. En caso afirmativo, adjunte una copia del Plan de acción contra las incautaciones del/de la solicitante.<br>Fecha del último ataque _____<br>Especifique la actividad convulsiva _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la solicitante tiene un estimulador del nervio vago (vagus nerve stimulator, VNS) para las convulsiones?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inmunizaciones al día ( <i>Adjunte una copia del certificado de inmunización de Carolina del Sur</i> )   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años ( <b>OBLIGATORIA</b> )   |

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                       |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agresividad (mordeduras, golpes). _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comportamientos autolesivos. _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comportamientos sexuales problemáticos. _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros comportamientos interpersonales problemáticos. _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Afección social o emocional que afecta el comportamiento. _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Requiere supervisión individual. _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para comprender o seguir instrucciones. _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Puede participar en actividades grupales. _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Riesgo de alejarse del grupo o perderse. _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retraso en el desarrollo (en caso de que marque "SÍ", ¿cuál es el nivel de edad en el que funciona?). _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asiste a la escuela (en caso de que marque "SÍ", marque el tipo de aula). <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> De educación especial <input type="checkbox"/> Autónoma |

¿Cómo da a conocer sus necesidades el/la solicitante? (Marque con un círculo 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).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NINGUNO                      |  |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas (manual)     | <input type="checkbox"/> Pierna/s ortopédica/s                         |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas (motorizada) | <input type="checkbox"/> Anteojos                                      |
| <input type="checkbox"/> Andador                      | <input type="checkbox"/> Audífono(s)                                   |
| <input type="checkbox"/> Muletas                      | <input type="checkbox"/> Implante coclear                              |
| <input type="checkbox"/> Bastón                       | <input type="checkbox"/> Dispositivo computarizado (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Prótesis                     | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                      |

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| NO                       | SÍ                       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la solicitante empuja su silla de ruedas manual?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la solicitante necesita ayuda para sentarse y levantarse de la silla de ruedas?<br>(En caso de que marque "SÍ", especifique a continuación). |

Más información sobre las necesidades de movilidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del/de la solicitante: \_\_\_\_\_

7. Dieta y alimentación (en caso de que marque "SÍ", especifique las rutinas o la asistencia que necesita)

NO      SÍ

Dieta especial \_\_\_\_\_

Preparación especial de alimentos \_\_\_\_\_

Necesita ayuda para comer \_\_\_\_\_

Tiene colocada una sonda gástrica (en caso de que marque "SÍ", responda a las siguientes preguntas)

Fórmula usada \_\_\_\_\_

Cantidad por comida \_\_\_\_\_

Número de tomas al día \_\_\_\_\_

Horarios de las comidas \_\_\_\_\_

Método       Con bolo     Con bomba

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 de que marque "SÍ", especifique las rutinas o la asistencia que necesita)

NO      SÍ

Necesita ayuda para cepillarse los dientes o para la higiene bucal rutinaria. \_\_\_\_\_

Tiene otras necesidades dentales o de higiene bucal. \_\_\_\_\_

Tiene 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 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? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los beneficios de participar en el Campamento Burnt Gin para el/la solicitante? \_\_\_\_\_

¿El/la solicitante tolera estar al aire libre, en el calor del verano? \_\_\_\_\_

¿El/la solicitante necesitará asistencia para el traslado? \_\_\_\_\_

¿Cómo llegará y regresará del campamento el/la solicitante? \_\_\_\_\_

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

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.*)

<b>**EJEMPLO**</b>		
Nombre del medicamento: <b>Claritin</b>	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Motivo del uso (por qué se prescribió) <b>Alergias, goteo nasal</b>	Motivo del uso	Motivo del uso
Número de veces cada día: <b>Una vez al día</b>	Número de veces cada día:	Número de veces cada 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"/> Cuando 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"/> Cuando 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"/> Cuando sea necesario <input type="checkbox"/> Otro
Notas/instrucciones especiales: <b>Debe tomarse con alimentos</b>	Notas/instrucciones especiales:	Notas/instrucciones especiales:

Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Motivo del uso	Motivo del uso	Motivo del uso
Número de veces cada día:	Número de veces cada día:	Número de veces cada 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"/> Cuando 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"/> Cuando 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"/> Cuando 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 del uso	Motivo del uso	Motivo del uso
Número de veces cada día:	Número de veces cada día:	Número de veces cada 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"/> Cuando 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"/> Cuando 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"/> Cuando sea necesario <input type="checkbox"/> Otro
Notas/instrucciones especiales:	Notas/instrucciones especiales:	Notas/instrucciones especiales:

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

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 me puedan contactar durante una emergencia, mediante la presente, doy permiso al médico que el personal del Campamento Burnt Gin designe para asegurar y administrar el tratamiento y la hospitalización del/de la solicitante, según se indica a continuación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del/de la 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 del/de la solicitante en las páginas 7 y 8.
- Se adjunta el examen médico (páginas 9 y 10) completado y firmado.
- 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).

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

**CAMPBURNTGIN@DPH.SC.GOV**

o por correo postal:

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

Nombre del/de la solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**EXAMEN MÉDICO DEL/DE LA CAMPISTA**

Un médico autorizado, una enfermera de práctica avanzada (Advanced Practice Nurse, APRN) o un asistente médico deberá completar las páginas 9 y 10 de todas las solicitudes del Campamento Burnt Gin. **El examen físico se debe completar dentro de 12 meses desde que el/la campista asistió al campamento.**

Fecha del examen \_\_\_\_\_

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

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

Alergias  NO  SÍ (en caso de que marque "SÍ", especifique).

---



---



---

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_

**Resultados del examen**

	<b>WNL</b>	<b>ABN</b>	<b>Explique los resultados anormales/inusuales</b>
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"/>	_____
Esqueleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuromuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Evaluación general \_\_\_\_\_

---



---



---

Dieta especial  NO  SÍ (en caso de que marque "SÍ", especifique. Incluya la fórmula prescrita y/o las órdenes de alimentación por sonda nasogástrica, si procede).

---



---



---

Medicamentos  NO  SÍ (En caso de que marque "SÍ", indique nombre, dosis, frecuencia y vía, o adjunte una lista. El personal del campamento no administrará vitaminas ni complementos herbales).

---



---



---

Nombre del/de la solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Tratamientos  NO  SÍ (en caso de que marque "SÍ", especifique. Incluir órdenes de cateterismo, si procede).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El/la solicitante usa un dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) o un dispositivo de presión positiva binivelada en las vías respiratorias (Bilevel Positive Airway Pressure, BiPAP)?  NO  SÍ  
(En caso de que marque "SÍ", complete el formulario de descargo sobre CPAP/BiPAP 1856).

Para los solicitantes con diagnóstico de convulsiones, adjuntar una copia del plan de acción contra las convulsiones.

Las vacunas están al día  NO  SÍ (Adjuntar copia del certificado de vacunación de SC)

¿Puede el/la solicitante participar en el programa de natación?  NO  SÍ

Limitaciones o restricciones en las actividades del campamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

He examinado a la persona especificada en el presente documento y he revisado su historial de salud. En mi opinión, tiene la capacidad física de participar en las actividades del campamento, salvo en los casos indicados anteriormente.

Firma y credenciales

Fecha

Nombre (LETRA DE IMPRENTA) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Médico con quien comunicarse si hay un problema en el campamento:

Nombre y teléfono \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria:

Nombre y teléfono \_\_\_\_\_

**Solicitud para asistir al Campamento Burnt Gin (CBG)**  
Instrucciones para completar 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.

**USUARIOS**

El/la tutor/a legal completa la solicitud para asistir al Campamento Burnt Gin y el/la médico/a del/de la solicitante completa la parte del examen médico.

**INSTRUCCIONES DETALLADAS**

Las instrucciones para completar cada punto están incluidas en el formulario. A los usuarios se les indica que deben responder a cada pregunta.

**MECANISMOS DE LA OFICINA Y PROCESO PARA ARCHIVAR**

La solicitud de inscripción se guarda en el expediente del/de la 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 Atención Médica durante 13 años después de la última sesión del menor en el campamento, o hasta que el/la menor haya cumplido los diecinueve años, según cuál sea el periodo más largo.