



División de 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 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 afín

- 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

Alergias a medicamentos (*indíquelas*) *Especifique lo que ocurre y el tratamiento que necesita*

Alergias alimentarias (*indíquelas*) *Especifique lo que ocurre y el tratamiento que necesita*

Otras alergias (*indíquelas*) *Especifique lo que ocurre y el tratamiento que necesita*

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 de que marque "SÍ", ¿cuándo fue la última convulsión del/de la solicitante? _____

Especifique la actividad convulsiva _____

- ¿El/la solicitante tiene un estimulador del nervio vago (vagus nerve stimulator, VNS) para las convulsiones? (*En caso de que marque "SÍ", debe adjuntar una copia del plan de cuidado del estimulador del nervio vago*)
- Inmunizaciones al día (*Adjunte una copia del certificado de inmunización de Carolina del Sur*)
- Vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años (*OBLIGATORIA*)

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 (en caso de que marque "SÍ", marque el tipo de aula).
 General De educación especial 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).

 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

- ¿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 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 _____

Comidas por 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*).

EJEMPLO		
Nombre del medicamento: Claritin	Nombre del medicamento:	Nombre del medicamento:
Motivo del uso (por qué se prescribió) Alergias, goteo nasal	Motivo del uso	Motivo del uso
Número de veces cada día: Una vez al día	Número de veces cada día:	Número de veces cada 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"/> 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: Debe tomarse con alimentos	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. Tuve la oportunidad de realizar preguntas sobre el programa, las normas, las actividades y las excursiones 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 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 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 participantes, el Campamento Burnt Gin no puede asegurar ni garantizar que los 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 la 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 la 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 participantes. Declaro que he indicado 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 solicitante*_____
Fecha**(4) Permiso para participar en actividades y restricciones**

Estoy al corriente de las actividades de rutina 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 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 IMPRENTA de la persona que asistirá al campamento)

Fecha

Firma del/de la tutor/a legal

Fecha

Parentesco con el/la solicitante

Firma del 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 asegurar 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) 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 (DHEC 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@DHEC.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 campista asistió al campamento.

Nombre _____ 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 _____

Hallazgos del examen WNL ABN Explique los hallazgos 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"/>	_____
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) _____

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).

Tratamientos NO Sí (en caso de que marque "Sí", especifique)

Nombre del/de la solicitante: _____ Fecha de nacimiento _____

Las inmunizaciones están al día NO SÍ (adjunte una copia del certificado de inmunización de Carolina del Sur)

¿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 D-1856).

¿El/la solicitante tiene un estimulador del nervio vago? NO SÍ (En caso de que marque "SÍ", adjunte una copia del plan de cuidado del estimulador del nervio vago).

¿El/la solicitante puede 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) _____

Domicilio _____

Teléfono _____

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

Nombre y teléfono _____

Médico de atención primaria:

Nombre y teléfono _____

INSTRUCCIONES
Solicitud para asistir al Campamento
Burnt Gin (CBG) (DHEC 0717)

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 el programa Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Atención Médica durante 13 años después de la última sesión del/de la menor, o hasta que el/la menor haya cumplido los 19 años, según cuál sea el periodo más largo.