

# Forma para el Campamento SIBS 2017

(Especiales e importantes hermanos y hermanas)

Esta aplicación también está disponible en internet. Visite [www.okizu.org/apply](http://www.okizu.org/apply) para aplicar.

- Se trata de un campamento libre de costo para niños del norte de California entre las edades de 6-17 quienes tienen o han tenido un hermano/a con cáncer pediátrico.
- Por favor llene una forma por cada niño. Llame a la oficina de Okizu o haga fotocopias si necesita más formas.
- Asegúrese de que el nombre de su hijo está en la parte superior de cada página de esta aplicación.
- La aplicación ahora requiere información de la historia de salud. Todas las 10 páginas deben ser completadas antes de poder presentar la solicitud.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de envió: \_\_\_\_\_ Grado en otoño: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

## **Padre/Guardián #1**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de envió: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono de celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## **Padre/Guardián #2**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de envió: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono de celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Estado familiar:** \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Apartado \_\_\_\_ Madre Soltera \_\_\_\_ Padre Soltero \_\_\_\_ Otro

**Custodia del niño(a):** \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_ Juntos \_\_\_\_ Abuelo/a(s) \_\_\_\_ Guardián(s) \_\_\_\_ Otro

## **Información de Contacto de Emergencia Adicional**

En caso de emergencia siempre a llamamos los padres/guardián primero. Si no podemos comunicar con usted, necesitamos dos personas adicional que pueden ser contactados en caso de emergencia. Por favor, no se ponga usted mismo o su esposo/a como el contacto de emergencia.

### **Contacto de Emergencia #1**

(Debe ser alguien diferente de los anteriores.)

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Primer Apellido

Teléfono de celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### **Contacto de Emergencia #2**

(Debe ser alguien diferente de los anteriores.)

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Primer Apellido

Teléfono de celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Información de Paciente con Cáncer**

Por favor complete toda esta información incluso si el paciente ya no está en tratamiento.

Nombre del niño/a con cáncer: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de cáncer: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de cualquier recaída(s): \_\_\_\_\_

Medico oncólogo: \_\_\_\_\_

Instalación de tratamiento de cáncer (seleccione todas que apliquen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> California Pacific Medical Center, San Francisco | <input type="checkbox"/> John Muir Medical Center, Walnut Creek         |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente Oakland Medical Center         | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente Roseville Medical Center     |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente Santa Clara Medical            | <input type="checkbox"/> Lucile Packard Children's Hospital at Stanford |
| <input type="checkbox"/> Sutter Medical Center, Sacramento                | <input type="checkbox"/> UC Davis Medical Center, Sacramento            |
| <input type="checkbox"/> UCSF Benioff Children's Hospital Oakland         | <input type="checkbox"/> UCSF Benioff Children's Hospital San Francisco |

Otro: \_\_\_\_\_

Etapa de tratamiento:  En tratamiento  Sin tratamiento  Nuestra familia está en luto

Si fuera de tratamiento, cuanto tiempo sin tratamiento: \_\_\_\_\_

**2017 Fechas de las Sesiones del Campamento de SIBS**

Por favor, marque una opción.

Junio 19 – 25     Junio 26 – Julio 2     Julio 10 – 16     Julio 17 – 23

**Talla de Camisa para el Campista**

**Juvenile:**  Chico  Mediano  Grande

**Adulto:**  Chico  Mediano  Grande  XL  2XL

**Asistencia Pasado**

Ha asistido su higo al campamento de SIBS de Okizu antes? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, cuantas veces? \_\_\_\_\_

Ha asistido su hijo al campamento familiar de Okizu antes? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, cuantas veces? \_\_\_\_\_

Como oíste de Okizu? Por favor, marque lo que aplica.  Doctor  Enfermera  Asistente Socialo

Internet  Otro (por favor especifica): \_\_\_\_\_

**Transportación**

Ofrecemos transporte en autobús de ida y vuelta desde los siguientes cuatro lugares, o si prefiere, puede conducir a su hijo(a) al campamento. Campamento Okizu se encuentra a 70 millas al noreste de Sacramento.

**El lunes, el primer día del campamento, me gustaría que mi hijo viajara en el autobús al campamento en la parada de:**

Palo Alto  East Bay  Sacramento  Fairfield  Ninguna, voy a conducir mi hijo al campamento.

**El domingo, el último día del campamento, me gustaría que mi hijo viajar en el autobús desde el camp a la parada de:**

Palo Alto  East Bay  Sacramento  Fairfield  Ninguna, voy a recoger a mi hijo del campamento.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

## **Okizu Campamento de Oncología Formulario de Historial Medico**

Por favor complete el siguiente formulario de antecedentes de salud como parte de la solicitud de su hijo. Es esencial que tengamos la información de salud actual con el fin de garantizar la seguridad y bienestar de los niños durante su estancia en Okizu. Este año vamos a requerir una forma médica para los campos de SIBS que no tienen las condiciones que requieren tratamiento, restricciones o otro alojamiento durante su estancia en el campamento. Si su niño requiere una segunda forma lo enviaremos en su paquete de aceptación y requerirá la firma de un médico. Si necesita más espacio, por favor continúe sus comentarios en una hoja de papel aparte.

**Altura:** \_\_\_\_\_ pies y pulgadas      **Peso:** \_\_\_\_\_ lbs      **Ultima fecha de examen:** (si se conoce) \_\_\_\_\_

### **Alergias y Restricciones en la Dieta**

**Tiene su hijo cualquier alergia?** \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, es alérgico a:  Comida  Medicina  El ambiente (las picaduras de insectos, fiebre de heno, etc.)  Otro

Por favor, describe lo que es alérgico a y lo que a observado la reacción: \_\_\_\_\_

**Su hijo requiere una EpiPen?** \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, indique los detalles acerca de la anafilaxia de su hijo/a, incluyendo la fecha y la descripción de la reacción: \_\_\_\_\_

*\*Envía un EpiPen que no haya caducado al campamento con su hijo.*

**Tiene su hijo alguna restricción alimenticia?** \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

*\*Podemos acomodar fácilmente a los vegetarianos y los niños con una preferencia sin carne roja. Si su hijo tiene otras restricciones dietéticas por favor comuníquese con la oficina de Okizu para discutir.*

### **Medicamentos y Tratamientos**

1. No podemos prescindir ningún medicamento que no este en un contenedor de prescripción, así que por favor envíe encase original. Se devolverán los medicamentos restantes.

2. Debido a la gran cantidad de medicamento que tenemos que prescindir en el campamento, le pedimos que envíe solo lo esencial. No hay vitaminas diarias, durante los analgésicos de venta libre, o descongestionantes. Tenemos una oferta de estos medicamentos y le prescindir de ellos si es necesario.

3. Los medicamentos se dan en el desayuno, el almuerzo, la cena, y el tiempo a menos que sea absolutamente necesario en otros momentos específicos cama.

4. Para los antibióticos o otros medicamentos tomados por un tiempo limitado (por ejemplo, 1-20 días) tenga en cuenta día comenzó.

**Su hijo va tomar cualquier medicamento mientras que en este en el campamento?** \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

*\*Medicina debe ser llevado al campamento en su embalaje original.*

**Fuerza y nombre de medicamento:**

**Cantidad:**

**Frecuencia:**

1. \_\_\_\_\_ Desayuno\_\_\_\_ Almuerzo\_\_\_\_ Cena\_\_\_\_ Hora de Acostarse\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Desayuno\_\_\_\_ Almuerzo\_\_\_\_ Cena\_\_\_\_ Hora de Acostarse\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Desayuno\_\_\_\_ Almuerzo\_\_\_\_ Cena\_\_\_\_ Hora de Acostarse\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Desayuno\_\_\_\_ Almuerzo\_\_\_\_ Cena\_\_\_\_ Hora de Acostarse\_\_\_\_

Okizu, 16 Digital Drive, Suite 130, Novato, CA 94949 TEL 415.382.9083 FAX 415.382.8384 [enrollment@okizu.org](mailto:enrollment@okizu.org)

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

**Los siguientes medicamentos pueden ser administrados para su hijo, segun sea necesario, si se considera necesario, por el personal medico del campamento. Medicamentos utilizados en Okizu incluyen:**

Acetaminophen (*Tylenol*), ibuprofen (*Advil, Motrin*), antihistamines (*Benadryl, Claritin, Zyrtec* etc.), cominacion pastillas para la tos, medicamentos para el resfriado, aerosol de garganta, antiacidos, laxantes para el estreñimiento, Pepto- Bismol, aloe, crema antibiotic, locion de calamine, una crema de hidrocortisona, repelente de insectos, aerosol para quemaduras de sol, protector solar y shampoo para piojos.

**Si su hijo no puede tomar cualquiera de estos medicamentos, por favor escriba a continuación, con la razón por la que el medicamento no se puede utilizar:** \_\_\_\_\_

**Su hijo va ocupar tratamiento mientras este en el campamento?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
En caso afirmativo, explique qué tipo de tratamiento(s) se debe dar a su hijo, incluyendo la frecuencia? \_\_\_\_\_

**Tomas u hijo regularmente algún medicamento que no se tomara en el campamento?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
En caso afirmativo, explique qué medicamentos que su hijo toma regularmente y por qué se toman. \_\_\_\_\_

### Historial de Inmunizacion

Por favor adjunte una copia de la cartilla de vacunación de su hijo, o ponja la fecha de vacunación más reciente de du hijo:

| <b>Vacuna:</b>   | <b>Fecha:</b> | <b>mes/año</b> | <b>mes/año</b> | <b>mes/año</b> | <b>mes/año</b> | <b>mes/año</b> |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Diphtheria, Pertussis, Tetanus</b><br>(TdaP or DTdaP) | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>Tetanus booster</b> (dT or TdaP)                      | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>MMR</b> (Measels, Mumps, Rubella)                     | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>Polio</b> (IPV/OPV)                                   | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>Haemophilus Influenza B</b> (HIB)                     | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>PCV</b> (Pneumococcal)                                | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>Hepatitis A</b>                                       | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>Hepatitis B</b>                                       | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>Chicken Pox</b> (Varicella)                           | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |
| <b>Meningococcal Meningitis</b> (MCV4)                   | _____         | _____          | _____          | _____          | _____          | _____          |

**Si su hijo no ha sido totalmente inmunizado o ha tenido alguna de las enfermedades mencionadas, por favor explique. Por favor incluya fechas y detalles.** \_\_\_\_\_

**Ha tenido su hijo una prueba de la tuberculosis?** \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

**Fecha de la más reciente prueba de tuberculosis?** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cual fue el resultado de la prueba de la tuberculosis más reciente de su hijo?** \_\_\_\_\_ Positivo \_\_\_\_\_ Negativo

Si es positivo, por favor explique: \_\_\_\_\_

## Historial de Salud en el Campamento de SIBS en Okizu

### **Su hijo experimenta, o está experimentando actualmente, cualquiera de las siguientes condiciones?**

Para cualquiera de las preguntas con una respuesta "sí," por favor infórmenos si la condición se requiere tratamiento, restricciones o otro alojamiento mientras su hijo está en el campamento Okizu. Por favor sea específico y si necesita más espacio adjunte una hoja de papel.

**Tiene su hijo ADD/ADHD?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, están actualmente en la medicación? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, van a estar en la medicación mientras se encuentran en el campamento? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Por favor explique cualquier problema en relación con el diagnóstico de ADD/ADHD que debemos saber sobre: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene problemas de comportamiento?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique. Se requieren tratamiento, restricciones, o adaptaciones mientras están en el campamento?

**Su hijo tiene retrasos en el desarrollo o problemas de salud mental?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique. Se requieren tratamiento, restricciones, o adaptaciones mientras están en el campamento?

**Su hijo tiene depresión o un trastorno del alimentación?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene asma?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, es la condición leve, moderada o grave? Es provocada por algo? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, tiene que llevar un inhalador con ellos? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, que más necesitamos saber sobre el asma? \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene problemas para respirar, tos, o enfermedad pulmonar?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene convulsiones o epilepsia?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, con qué frecuencia y cuál es la fecha de la última convulsión? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, van a estar en la medicación mientras se encuentran en el campamento? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, que más necesitamos saber acerca de las convulsiones? \_\_\_\_\_

**Su hijo se desmaya o tiene apagones?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene problemas de movilidad, dificultad para caminar, tirantes, etc.?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo utiliza una silla de ruedas?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, que porcentaje del tiempo hacen que pase en la silla de ruedas? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, hay algo adicional que necesitamos saber? Van a requerir tratamiento, restricciones, o adaptaciones mientras se encuentran en el campamento? \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene una prótesis o prótesis articulares?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor describa la ubicación de prótesis y de cualquier tratamiento, restricciones, o adaptaciones que se necesitan mientras están en el campamento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene pesadillas o terrores nocturnos?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo moja la cama o sonámbulos?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, con qué frecuencia? Por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene una conmoción cerebral o tiene Dolores de cabeza?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene discapacidad visual (usa lentes, contactos, etc.)?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene problemas de hablar?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene problemas de la audición o del oído** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene frenos, gorras o los puentes dentales?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo se siente nostalgia para el hogar?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene dolor de cuello o lesión?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene dolor de pecho?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene dolor de espalda o lesiones?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene problemas intestinales (Crohn's/Colitis/Estreñimiento/Diarrea/Ulcera)?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene enfermedad del riñón?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene infección del tracto urinario crónica?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene infecciones sensuales crónicas?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene diabetes?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico y a atención requerida: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene enfermedad del corazón?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene alta presión sanguínea?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene una hernia?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene dificultades menstruales?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene un trastorno hemorrágico?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene problemas de la piel?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene autismo?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene Síndrome de Down?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene SIDA/ARC?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo ha tenido o tiene hepatitis C?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Ha tenido su hijo o tiene mononucleosis (pasado 1 año)?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo ha tenido o tiene escarlatina?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Su hijo ha viajado fuera del país en los últimos 9 meses?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, indique los países y las fechas: \_\_\_\_\_

**Su hijo ha tenido alguna operación?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique la operación(s) incluyendo la fecha(s): \_\_\_\_\_

*\*Es importante tener en cuenta si la operación previa afectara la salud de su hijo mientras que en el campamento.*

**Ha sido su hijo hospitalizado por una lesión grave?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique la razón por la hospitalización o el daño grave y las fechas en que se produjeron: \_\_\_\_\_

*\*Es importante tener en cuenta cualquier signo de enfermedad que el personal del campamento debe tener cuidado con.*

**Ha estado expuesto a su hijo a cualquier enfermedades transmisibles en los últimos 3 meses?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, explique qué enfermedad(es) que su hijo ha estado expuesto a, y cuando ocurrió la exposición: \_\_\_\_\_

**Su hijo tiene alguna restricción en la actividad?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, sírvase explicar que actividades deben ser restringidos y arreglos especiales que deben hacerse: \_\_\_\_\_

**Su hijo necesita ayuda especial, mientras que en el campamento (vestirse, bañarse, usar el baño, etc.)?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique que se requerirá la asistencia: \_\_\_\_\_

**Hay problemas acerca de custodia que debemos saber?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor explique. Por favor sea específico: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

**Su hijo ha experimentado acontecimientos vital estresantes en el último año** (*la muerte de un familiar, amigo o mascota, divorcio, matrimonio, despliegue*)? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor infórmenos de cualquier otra condición de salud, mental o física, que requieren tratamiento, restricciones o otras acomodaciones mientras su hijo está en el campamento Okizu. Por favor sea específico.**

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

**Hay algo más que usted quisiera saber sobre su hijo?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Seguro de Salud y Información de Médico**

### **Información de Médico**

**Oncólogo pediátrico del niño:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Pediátrico/ Médico del niño:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Seguro de Salud** – adjunte una copia de su tarjeta de seguro o complete lo siguiente:

**Tiene seguro médico?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Nombre complete del titular de la póliza:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del titular de la póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del empleador (si asegurado a través de la empresa):** \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros/Nombre del plan:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de la compañía de seguros:** \_\_\_\_\_

**Numero de póliza de su seguro:** \_\_\_\_\_

**Nombre del grupo de seguros o número:** \_\_\_\_\_



## Campamento de SIBS Autorización de Consentimiento para el Tratamiento de Menores Reinicia Medica

Yo el padre de, \_\_\_\_\_, un menor. Autorizo al personal de Okizu a (i) el consentimiento a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico, dental o quirúrgico o tratamiento y la atención hospitalaria que se considere aconsejable por cualquier médico, dentista o cirujano; y (ii) obtener una copia de cualquiera de los registros de salud de mi hijo y para comunicarse y recibir información de cualquiera de los proveedores de salud de mi hijo sobre el estado de salud de mi hijo o de la historia.

Entiendo que se tomarán las medidas razonables para salvaguardar la salud y seguridad de los campistas y que me notificará tan pronto como sea posible en caso de una emergencia. Sin embargo, en caso de enfermedad o accidente de mi hijo, no voy a sostener Campamento Okizu, la Fundación Okizu, o cualquiera de sus directores, empleados o agentes responsables por daño a mi hijo. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

**Escribe su Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

*\*Si por razones religiosas o de otro tipo que no se puede firmar esto, póngase en contacto con el campamento para una exención legal que debe ser firmado por la asistencia.*

### Información Demográfica

Las siguientes preguntas son opcionales y sólo serán utilizadas para obtener financiación de fundaciones que requieren de este tipo de información demográfica.

|                                  |                                     |  |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>Etnicidad</b>                 | <b>Nivel de Ingresos Anualmente</b> |  |
| _____ Afroamericano              | _____ Menos de \$24,999             |  |
| _____ Asiático o Islas Pacíficas | _____ \$25,000 - \$49,999           |  |
| _____ Caucásico                  | _____ \$50,000 - \$74,999           |  |
| _____ Hispano o Latino           | _____ \$75,000 - \$99,999           |  |
| _____ Nativo Americano           | _____ \$100,000 - \$124,999         |  |
| _____ Otro                       | _____ \$125,000 - \$149,999         |  |

### Fotos

Al participar en los programas de Okizu, usted está autorizando a nosotros usar fotos o videos de usted o su familia en nuestros folletos, en nuestro sitio web, o de cualquier otro material de recaudación de fondos o de relaciones públicas. Si usted no nos desea utilizar sus imagines, es necesario presentar un formulario de **“Sin foto Autorización” con nuestra oficina. Es necesario renovar esta forma cada año.** Por favor llame o por correo electrónico a nuestra oficina para obtener este formulario.

### Paquete de Aceptación

Una vez que esta solicitud s procesada y aprobada, usted recibirá un paquete de aceptación vía correo electrónico o por correo EE.UU.

¿Cómo le gustaría recibir los materiales de aceptación? \_\_\_\_\_ Por correo electrónico \_\_\_\_\_ Por correos de EE.UU.

**Si usted elige correo electrónico, por favor asegúrese de que ha proporcionado una dirección de correos electrónicos legibles en la primera página.**

¿Prefiere recibir los materiales de aceptación en español? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

### **Nos Encantaría Contar con su Ayuda**

De vez en cuando necesitamos voluntarios para ayudar con la recaudación de fondos, para representar Okizu en eventos de networking, etc. y nosotros nos encantarían tener su ayuda. Si a usted le gustaría ser añadido a la lista de personas a las que nos ponemos en contacto cuando necesita ayuda, por favor seleccione las áreas con las que usted está dispuesto ayudar.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hablando sobre Okizu           | <input type="checkbox"/> Ayunado con mesas para Okizu          |
| <input type="checkbox"/> Escribiendo letras sobre Okizu | <input type="checkbox"/> Ser representante de Okizu en eventos |
| <input type="checkbox"/> Entrevistas                    | <input type="checkbox"/> Eventos para sacar dinero para Okizu  |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades con la media     | <input type="checkbox"/> Otro                                  |

### **Acuerdo del Padre/Guardián**

Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo a lo siguiente:  
(Nombre de padre/guardián)

- Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta.
- Estoy de acuerdo en cumplir las reglas y la filosofía de Okizu.
- Les he informado de cualquier necesidad especial que requerirá atención durante la estadía de mi hijo en el campamento.
- Yo revisaré las reglas y direcciones de las expectativas de comportamiento en Okizu con mi niño antes de su estadía en el campamento.

Debido a que no hay transporte regular, si por alguna razón se determina por el personal de Okizu si mi hijo tiene que salir antes del final de su sesión, estoy de acuerdo que soy responsable de su transporte desde Okizu plazo de 12 horas.

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_

**Comentarios Adicionales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mande aplicaciones completas a la oficina Okizu en la siguiente dirección.**