

## Forma para el Campamento de Oncología 2020

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 6-17 años de edad que tienen o han tenido cáncer.
- 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 envío: \_\_\_\_\_ Grado en otoño: \_\_\_\_\_

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

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

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

### **Padre/Guardián #1**

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

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

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

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

### **Padre/Guardián #2**

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

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

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

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

### **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: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**2020 Fechas de las Sesiones del Campamento de Oncología**

Por favor, marque una opción.

\_\_\_\_\_ Junio 8 – 14      \_\_\_\_\_ Julio 20 – 26      \_\_\_\_\_ Julio 27 – Agosto 2

**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 viajara 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.

**Talla de Camisa para el Campista**

Juvenile: \_\_\_\_\_ Chico \_\_\_\_\_ Mediano \_\_\_\_\_ Grande

Adulto: \_\_\_\_\_ Chico \_\_\_\_\_ Mediano \_\_\_\_\_ Grande \_\_\_\_\_ XL \_\_\_\_\_ 2XL

**Asistencia Pasado**

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

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

**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): \_\_\_\_\_

Médico oncólogo: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ California Pacific Medical Center, San Francisco

\_\_\_\_\_ John Muir Medical Center, Walnut Creek

\_\_\_\_\_ Kaiser Permanente Oakland Medical Center

\_\_\_\_\_ Kaiser Permanente Roseville Medical Center

\_\_\_\_\_ Kaiser Permanente Santa Clara Medical

\_\_\_\_\_ Lucile Packard Children's Hospital at Stanford

\_\_\_\_\_ Sutter Medical Center, Sacramento

\_\_\_\_\_ UC Davis Medical Center, Sacramento

\_\_\_\_\_ UCSF Benioff Children's Hospital Oakland

\_\_\_\_\_ UCSF Benioff Children's Hospital San Francisco Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Etapa de tratamiento: En tratamiento Sin tratamiento

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

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

### **Información Adicional del Hogar**

Estado familiar: \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Apartado \_\_\_ Madre Soltera \_\_\_ Padre Soltero \_\_\_ Otro  
Otro Custodiado del niño(a): \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Juntos \_\_\_ Abuelo/a(s) \_\_\_ Guardián(s) \_\_\_ Otro

#### **Paquete de Aceptación**

Una vez que esta solicitud es 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 a ayudar.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| _____ Hablando sobre Okizu           | _____ Ayunado con mesas para Okizu          |
| _____ Escribiendo letras sobre Okizu | _____ Ser representante de Okizu en eventos |
| _____ Entrevistas                    | _____ Eventos para sacar dinero para Okizu  |
| _____ Oportunidades con la media     | _____ Otro                                  |

Como oíste de Okizu? Por favor, marquelos que aplica. \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_ Enfermera \_\_\_ Asistente Social  
\_\_\_ Internet \_\_\_ Otro (por favor especifica): \_\_\_\_\_

#### **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> | _____ Afroamericano              | <b>Nivel de Ingresos Anualmente</b> | _____ 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 imágenes, 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.

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 camos a requerir dos formas médicas para los niños de oncología. La primera es el formulario de historia de salud que va a completar ahora como parte de la solicitud de su hijo/a y la segunda forma Habrá en el paquete de aceptación y se requiriera 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 reaccion: \_\_\_\_\_

**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.*

**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 Salud en el Campamento de Oncología 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 de la 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 la 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 por el hogar?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

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

**Su hijo tiene una derivación (para drenar el exceso de líquido del cerebro) Ommaya Reservoir?** \_\_\_\_\_ 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 la 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 tiene un catéter Brovias/ Hickman?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Por favor describa su cambio de vendaje habitual y el procedimiento al ras (volumen y concentración). Favor de enviar suministros y heparina durante los cambios de apósito diarios y los colores mientras que en el campamento. Marque claramente suministros con el nombre de su hijo. El ambiente al aire libre en el campamento tiene una gran cantidad de polvo y suciedad y en el clima cálido, niños sudan más durante las actividades físicas por lo que el vestidor de línea y tapas se cambiarán al menos una vez al día. Esto es diferente que en casa, pero disminuirá el riesgo de una línea o el sitio de la infección.

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

**Tiene su hijo un Port-a-Cath?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si se necesita el puerto de su hijo para ser eliminados mientras que este en el campamento, por favor describa su procedimiento habitual ras (volumen y concentración) y envíe el vial heparina requerida. Ejemplo: 5cc de 10u/cc

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.*

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

### **Campamento de Oncología 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.*



Política de vacunación de Okizu

Debido a que los niños con cáncer tienen un sistema inmunológico suprimido y no pueden defenderse adecuadamente contra ciertas infecciones, Okizu requiere información sobre su vacunación para ir al campamento. Los participantes en el programa deben estar debidamente vacunados contra, como mínimo, las siguientes enfermedades: varicela, influenza, tétanos, paperas, sarampión, rubéola, polio y tos ferina. Debido a que el riesgo para nuestros campistas es alto, las únicas excepciones que se harán para el requisito de inmunización es una exención médica válida. Las exenciones válidas cubrirán a los niños en terapia de cáncer o en recuperación de un tratamiento que tengan una función inmunológica inadecuada para responder apropiadamente a las vacunas y, en el caso de ciertas vacunas de virus vivos, a los hermanos de los pacientes con cáncer que estén en alto riesgo debido a su tratamiento.

Historial de vacunación

Estado de vacunación del participante (Marque una de las siguientes opciones):

Confirmando que todas las vacunas requeridas para el participante están al día y que proporcionaré copias de los formularios de vacunación de mi médico o del gobierno estatal o local.

El participante no está completamente vacunado. Envíeme el formulario de exención de requisitos de vacunación.

Adjunte una copia del registro de vacunas del participante y a continuación anote la fecha de la vacuna antitetánica más reciente del participante:

**Vacuna contra el tétanos** Mes/año: \_\_\_\_\_

Evaluación de riesgo de la TBC

Responda sí o no a las siguientes preguntas para el participante. Revisaremos todas las evaluaciones y haremos el seguimiento que nuestro personal médico considere necesario.

1. ¿El participante ha recibido tratamiento para la TBC?  Sí  No
2. ¿Al participante alguna vez le dio positiva la prueba cutánea de la TBC (PPD) o un análisis de sangre (I-Gold)?  Sí  No
3. ¿Se ha vacunado al participante alguna vez con la BCG (TBC)?  Sí  No
4. ¿El participante tiene alguno de los siguientes síntomas?
  - a. Tos productiva o persistente durante más de dos semanas  Sí  No
  - b. Sudores nocturnos  Sí  No
  - c. Fiebre  Sí  No
  - d. Pérdida de peso  Sí  No
  - e. Pérdida de apetito  Sí  No
5. ¿El participante ha tenido alguna vez una estancia prolongada (6 meses o más) en África, Asia, el Medio Oriente, las islas del Pacífico o cualquiera de los siguientes países? Argentina, Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Venezuela, Bielorusia, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Macedonia, Moldavia, Polonia, Portugal, Rumania, Rusia, Serbia, República Eslovaca, Eslovenia, Ucrania o Yugoslavia?  Sí  No

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

## **Medicamentos y Tratamientos**

1. No podemos prescindir ningún medicamento que no este en un contenedor de prescripción, así que por favor envíe en su envase 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 como.
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?** \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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

### **Información de Médico**

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

**Pediatra/ 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 completo 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:** \_\_\_\_\_

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

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

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