

Forma para el Campamento SIBS 2020

(Especiales e importantes hermanos y hermanas)

Esta aplicación también está disponible en internet. Visite 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: (_____) _____

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 SIBS

Por favor, marque una opción.

_____ Junio 15 – 21 _____ Junio 22 – 28 _____ Julio 6 – 12 _____ Julio 13 – 19

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.

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? _____

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):

_____ 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

Nuestra familia está en luto

Si fuera de tratamiento, cuanto tiempo sintratamiento: _____

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 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 |

Como usted de Okizu? Por favor, marque lo que aplica. _____ Doctor _____ Enfermera _____ Asistente Social
_____ Internet _____ Otro (por favor especifique): _____

Información Demográfica

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

- | | | | |
|------------------|---|-------------------------------------|--|
| Etnicidad | <input type="checkbox"/> Afroamericano | Nivel de Ingresos Anualmente | <input type="checkbox"/> Menos de \$24,999 |
| | <input type="checkbox"/> Asiático o Islas Pacíficas | | <input type="checkbox"/> \$25,000 - \$49,999 |
| | <input type="checkbox"/> Caucásico | | <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$74,999 |
| | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | | <input type="checkbox"/> \$75,000 - \$99,999 |
| | <input type="checkbox"/> Nativo Americano | | <input type="checkbox"/> \$100,000 - \$124,999 |
| | <input type="checkbox"/> Otro | | <input type="checkbox"/> \$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 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 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 SIBS en Okizu

Su hijo experimento, o está experimentando actualmente, cualquiera de la 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 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 apogones? _____ 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, garras 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? _____

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? _____ 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 _____

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: _____

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 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.*

Mande aplicaciones completas a la oficina Okizu en la siguiente dirección

Okizu, 83 Hamilton Drive, Suite 200, Novato, CA 94949 TEL 415.382.9083 FAX 415.382.8384 enrollment@okizu.org