

HOJA INFORMATIVA DE COLORADO MILE HIGH CAMP, EASTER SEALS, BOEC Y EL PROGRAMA DE LIDERAZGO DE 2013

¡Toda la información que debe saber para asistir al CAMPAMENTO!

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES DESPUÉS DEL 1^{ro} de mayo de 2018.

Recibirá una confirmación por correo electrónico cuando se haya recibido la solicitud. Incluya su dirección de correo electrónico en los formularios.

Programas

Programa	Edad	Quiénes	¿Qué se necesita?
Easter Seals	Entre 7 y 14 años	✓ Campistas que padezcan un trastorno hemorrágico ✓ Hermanos	✓ Paquete de Easter Seals ✓ Ejemplar de la tarjeta de seguro médico (anverso y reverso) ✓ Vacunas
B.O.E.C	Entre 12 y 13 años	✓ Campistas que padezcan un trastorno hemorrágico ✓ Hermanos	✓ Paquete de BOEC ✓ Ejemplar de la tarjeta de seguro médico (anverso y reverso) ✓ Vacunas
Liderazgo	Entre 14 y 18 años	✓ SOLO campistas que padezcan un trastorno hemorrágico	✓ Paquete del programa de liderazgo ✓ Ejemplar de la tarjeta de seguro médico (anverso y reverso) ✓ Vacunas

** Las edades indican cuántos años tiene el campista el primer día de campamento, es decir el 14 de julio de 2013*.*

***Importante:** HTC NO cuenta con el carné de vacunas de su hijo. Es responsabilidad del adulto brindar dichos datos en el formulario de información médica o un ejemplar certificado por un médico.

Los formularios deben enviarse a:
Camp

Fax:

888-246-1758, ATTN: Mile High

Correo electrónico:

Info@cohemo.org

Correo postal:

NHF Colorado

ATTN: Mile High Camp

1385 S. Colorado Blvd. Suite 610
Denver, CO 80222

CARGOS: se debe efectuar un depósito no reembolsable de \$25.00 por persona a la hora de entregar el o los formularios de inscripción. **Complete todos los formularios para cada integrante de su familia** que asista al campamento y envíe el formulario junto con el depósito a la dirección que figura anteriormente, a más tardar, **el 1 de mayo de 2018**. Inscribise cuanto antes ya que las plazas se ocupan rápidamente. *Se pueden solicitar becas.

EXTIENDA LOS CHEQUES A FAVOR DE: NHF Colorado

FECHAS Y HORARIOS DEL CAMPAMENTO:

Fechas: del domingo 15 al viernes 20 de mayo de 2018

Fechas del programa de liderazgo: del viernes 13 al viernes 20 de mayo de 2018

Entrada: el domingo 15 de julio de 2018 desde la 1:00 a las 3:00 p.m. en Rocky Mountain Village, en Easter Seals

****Los campistas del programa de LIDERAZGO deberán registrarse en HTC el viernes 13 de julio al mediodía.**

Salida: viernes 20 de julio de 2018

A las 10:30 a.m. se celebrará una ceremonia de premios a la que los padres están invitados a asistir.

La salida está fijada entre las 12:00 y las 2:00 p.m. *Todos los campistas y sus padres deben haber abandonado la propiedad, a más tardar, a las 2 p.m.

TRANSPORTE:

Las familias de Colorado son responsables de llevar a sus hijos al campamento. Los campistas de Montana y Wyoming viajarán con transporte ofrecido por Rocky Mountain Hemophilia & Bleeding Disorder Association. Comuníquese con el director ejecutivo, Brad Benne, para hacer los arreglos de transporte correspondientes al (406) 600-2554 brad.rmhbda@gmail.com



Nombre del campista _____

**CENTRO DE TRATAMIENTO CONTRA LA HEMOFILIA Y LA TROMBOSIS
PROGRAMA DE LIDERAZGO DEL CAMPAMENTO DE VERANO**

(Para los campistas que padezcan un trastorno hemorrágico y que estén ingresando al 9^{no} grado hasta los que se hayan graduado de la preparatoria esta primavera)

INSTRUCCIONES PARA LOS PARTICIPANTES

A continuación figura una lista de materiales necesarios para participar en el programa del campamento de verano. Marque cada artículo que ya haya incluido y envíe este formulario junto con los formularios de inscripción. Los formularios se deben entregar, a más tardar, el **1 de mayo de 2018**.

****NO SE ACEPTARÁN INSCRIPCIONES FUERA DEL PLAZO.**

- ☐ Complete el formulario de información médica para padres de las páginas 4 y 5.
- ☐ **Adjunte un ejemplar de la tarjeta de seguro médico del campista** (anverso y reverso).
- ☐ **Carné de vacunas**
- ☐ Complete y firme el formulario de «Consentimiento de divulgación de información de salud según la ley HIPAA» que figura en la página 6. (No se olvide de firmar en las cuatro líneas.)
- ☐ Pídale al médico de cabecera que complete y firme las páginas 7 y 8 de la evaluación médica general. Si se ha fijado un examen médico para después del 1 de junio, o su hijo ha ido a una clínica general dentro de un período anterior a un año antes de que empiece el campamento, incluya una nota dejando constancia de ello. Las consultas a una clínica general sustituyen un examen médico general.
- ☐ Complete y firme el formulario de «Exclusión de actividades en el campamento» que figura en la página 9.
- ☐ Complete y firme el formulario de «Exención de responsabilidad de la Universidad de Colorado» que figura en la página 10.
- ☐ Complete y firme el formulario de exención de Easter Seal Society of Colorado que figura en la página 11.
- ☐ Incluir un cheque a favor de NHF Colorado por la cantidad de \$ 25.00 por solicitud
- ☐ **Tamaño de la camiseta del campista:** S M L XL Niño / Adulto
- ☐ Nombre y número de teléfono del adulto o los adultos que vayan a recoger al campista.
- ☐ Envíe toda la documentación a una de las siguientes direcciones:
 - Fax: 888-246-1758 **ATTN: Mile High Camp**
 - Correo postal: NHF Colorado
ATTN: Mile High Camp
1385 S. Colorado Blvd. Suite 610
Denver, CO 80222

INFORMACIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN QUE DEBERÁN COMPLETAR LOS PADRES

SECCIÓN 1

NOMBRE DEL CAMPISTA:	NOMBRE DEL PADRE:	
DIRECCIÓN:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO: Grado que comienza a cursar en el otoño de 2013:
	PESO:	ALTURA:
NÚMERO(S) DE TELÉFONO:	Alergias:	
	NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	
NÚMERO(S) DE TELÉFONO MÓVIL: El de la madre:	NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL MÉDICO:	
El del padre:		
CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES:	CORREO ELECTRÓNICO DEL CAMPISTA (si corresponde):	

SECCIÓN 2

VACUNAS Y FECHAS DE VACUNACIÓN	
Las leyes del estado de Colorado exigen que haya constancia del carné de vacunas de todos los campistas. <u>Anote las fechas en que se administraron las vacunas.</u> En caso de no saber las fechas, pregúnteselas al médico de cabecera de su hijo. Los menores no pueden asistir al campamento sin dicha información. NO basta con una marca de verificación.	
Vacuna antipoliomielítica	
Vacuna contra el sarampión	
Vacuna antirubeólica	
Vacuna contra las paperas	
Vacuna de refuerzo antidiftérica y antitetánica	
Vacuna contra la hepatitis B	
Prueba de la tuberculina	

SECCIÓN 3 *Si su hijo no padece un trastorno hemorrágico, pase directamente a la sección 4.*

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO	
HEMOFILIA O TRASTORNO HEMORRÁGICO (MARQUE CON UN CÍRCULO) SÍ NO En caso negativo, pase directamente a la sección 4.	
MARQUE CON UN CÍRCULO: Hemofilia A Hemofilia B Enfermedad de von Willebrand Otra	
NIVEL DE FACTOR %:	INHIBIDOR: ☐ SÍ ☐ NO
FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE INHIBIDOR:	VALOR DE BETHESDA:
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO HEMORRÁGICO	
INFUSIÓN INTRAVENOSA EN DOMICILIO: ☐ SÍ ☐ NO EL PACIENTE SE ADMINISTRA ÉL MISMO LA INFUSIÓN INTRAVENOSA ☐ SÍ ☐ NO	
SI NO SE ADMINISTRA ÉL MISMO LA INFUSIÓN INTRAVENOSA, SE LA ADMINISTRA:	
NOMBRE DEL PRODUCTO DE LA INFUSIÓN INTRAVENOSA:	
MÉTODO DE TRATAMIENTO (marque uno)	
☐ A SOLICITUD EXPRESA	UNIDADES POR DOSIS:
	CANTIDAD APROXIMADA DE INFUSIONES INTRAVENOSAS AL MES:

☐ TRATAMIENTO PREVENTIVO	UNIDADES POR DOSIS Y FRECUENCIA	CANTIDAD APROXIMADA DE INFUSIONES INTRAVENOSAS AL MES:
---	---------------------------------	--

SECCIÓN 4

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS Y ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS	
INDIQUE LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA Y DE VENTA LIBRE INDIQUE EL NOMBRE, LA DOSIS Y LA FRECUENCIA DEL MEDICAMENTO	ALERGIAS A MEDICAMENTOS O DE OTRO TIPO ☐ NINGUNA ☐ SÍ (INDIQUE A CONTINUACIÓN)
OTROS PROBLEMAS MÉDICOS (en caso de tener alguno, explíquelo detalladamente en la sección "COMENTARIOS")	
☐ SÍ ☐ NO Asma	☐ SÍ ☐ NO Cardiopatía
☐ SÍ ☐ NO Nefropatía	☐ SÍ ☐ NO Epilepsia (convulsiones)
☐ SÍ ☐ NO Diabetes	☐ SÍ ☐ NO Alergias o rinitis alérgica

SECCIÓN 5

OTRO TIPO DE INFORMACIÓN	
☐ SÍ ☐ NO ☐ SÍ ☐ NO	¿Su hijo alguna vez se separó de sus padres o hermanos? En caso afirmativo, ¿tuvo dificultades con la separación? Explique más detalladamente.
☐ SÍ ☐ NO ☐ SÍ ☐ NO	¿A su hijo le cuesta conciliar el sueño? ¿Puede dormir en la litera de arriba?
☐ SÍ ☐ NO	¿Su hijo se orina en la cama? En caso afirmativo, ¿cómo maneja la situación en el hogar?
☐ SÍ ☐ NO	¿Su hijo tiene alguna limitación física que le impida participar en las actividades del campamento? En caso afirmativo, explíquela detalladamente.
☐ SÍ ☐ NO	¿Su hijo tiene alguna restricción alimenticia? Por ejemplo, en caso de ser vegetariano. En caso afirmativo, explíquela detalladamente.
☐ SÍ ☐ NO ☐ SÍ ☐ NO	¿Su hijo tuvo alguna vez un problema psicológico o de comportamiento? ¿Está recibiendo actualmente tratamiento por dicho problema? Si ha respondido afirmativamente a cada pregunta, describa cuáles son las mejores técnicas para hacer frente al problema.
☐ SÍ ☐ NO	¿Su hijo se ha estado internado o se ha sometido a alguna intervención quirúrgica en el último año? En caso afirmativo, explique detalladamente.

SECCIÓN 6

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

☐ SÍ ☐ NO ¿Si el solicitante tiene seguro médico?	COMPañÍA DE SEGURO MÉDICO:	NÚMERO DE MEDICAID:
	Teléfono:	
	Número de grupo:	Número de suscriptor:

****Adjunte un ejemplar de su tarjeta de seguro (anverso y reverso) junto con este formulario***

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SEGÚN LA LEY HIPPA:

Entiendo y reconozco que:

- El programa Mile High Camp es un programa médico auspiciado por el consejo rector de la Universidad de Colorado, una entidad con personalidad jurídica.
- El campamento está organizado conjuntamente por el personal y los voluntarios de Rocky Mountain Village de Easter Seals de Colorado y UCDHTC.
- Los datos consignados en los formularios de inscripción pueden ser información médica protegida acerca de mi hijo y que dicha información se puede emplear y divulgar a otras organizaciones sanitarias a efectos de tratamiento, operaciones sanitarias y pago de tratamiento médico mientras mi hijo asiste al campamento.
- El personal y los voluntarios del Centro de Tratamiento contra la Hemofilia y Rocky Mountain Village pueden tener acceso a toda la información que figura en la historia clínica o en los formularios de inscripción del campamento a fin de llevar a cabo el programa educativo.

✓

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR UNA INFUSIÓN INTRAVENOSA DE FACTOR DE COAGULACIÓN: Solo para pacientes que tengan hemofilia u otro trastorno hemorrágico.

- Si mi hijo recibe infusiones preventivas de factor de coagulación de forma regular, autorizo al personal de enfermería o a los médicos del Campamento a realizar la infusión mediante venopunción en vez de usar el catéter Port-a-Cath® en el caso de que tenga uno.

✓

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA ENSEÑAR AL PACIENTE A REALIZARSE ÉL MISMO UNA INFUSIÓN INTRAVENOSA: solo para pacientes que tengan hemofilia.

- Autorizo al personal de enfermería o a los médicos a enseñarle a mi hijo a realizarse una venopunción por sí solo si consideran que está capacitado y si su diagnóstico indica que es necesario.

✓

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

A mi leal saber y entender, la información que figura en el presente formulario es correcta y precisa.



Firma del padre, madre o tutor

Fecha

NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ADULTOS QUE VAYAN A RECOGER AL CAMPISTA.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

EVALUACIÓN MÉDICA GENERAL

INFORMACIÓN QUE DEBERÁ COMPLETAR EL MÉDICO

Si el menor padece un trastorno hemorrágico y ha consultado en la **clínica general** del Centro de Tratamiento contra la Hemofilia y la Trombosis de la Universidad de Colorado, Denver entre el **13 de julio de 2017 y el 13 de julio de 2018**, **no** es necesario completar este formulario.

Nombre del campista _____ **Fecha del último examen** _____

Alergias _____ **Presión arterial** _____ / _____

Peso _____ **kg** o _____ **lb** **Altura** _____ **cm** o _____ **pulg**

Marque solo una opción:

Trastorno hemorrágico _____ Sin trastorno hemorrágico _____

Tipo de trastorno hemorrágico (si corresponde)

Nivel _____

Estado del inhibidor _____ Nivel _____ Fecha de extracción

Exploración física

<u>GENERAL</u>	<u>NORMAL</u>	<u>ANORMAL</u>	<u>EXPLIQUE LAS ANOMALÍAS</u>
Cabeza y cuello	_____	_____	
Ojos y orejas	_____	_____	
Nariz y garganta	_____	_____	
Pecho	_____	_____	
Corazón	_____	_____	

Abdomen	_____	_____
Piel	_____	_____
Linfático	_____	_____
Neurológico	_____	_____
Ortopédico	_____	_____
Psicológico	_____	_____

ANTECEDENTES DE MEDICACIÓN:

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Describa si tiene problemas en las articulaciones o en las extremidades (articulaciones afectadas, hinchazón, dolor u otra queja o inquietud que manifieste el paciente):

Indique las restricciones alimenticias:

Evaluación de comportamiento: (Indique cualquier problema de comportamiento o psicológico que sepa que tiene el menor)

Comentarios:

Recomendaciones o exclusiones: (Indique las necesidades especiales o áreas en las que hay que hacer énfasis para el programa del campamento)

Firma del médico

Número de teléfono

Formulario de consentimiento para el programa y actividades

Mi campista no tiene restricciones médicas y puede participar en todas las actividades.

(INICIALES) _____

Si anotó sus iniciales arriba, vaya directamente a la sección al final de la página para firmar y fechar.

O BIEN

Marque las actividades en las que **NO** puede participar el campista por razones **MÉDICAS**.

☐ **PESCA**

La División de Pesca y Vida Silvestre de Colorado abastece nuestros estanques de pesca. En el estanque superior se puede pescar desde la orilla y cuenta con dos muelles. Se proporciona el equipo.

☐ **MONTAR A CABALLO**

Los campistas pueden cabalgar de a uno por vez. Una persona guía el caballo y dos personas acompañan caminando (límite de peso: 225 lbs.) De ser necesario, un miembro del personal cabalgará con el campista. Todas las cabalgatas se realizan en nuestro picadero cerrado y completamente accesible.

☐ **TIROLESA Y PARED DE ESCALADA**

Nuestra tirolesa es completamente accesible para todos los campistas, hasta 250 lbs. Las opciones para llegar a la tirolesa incluyen un sistema de transporte o trepando la pared de escalada, diseñada para ofrecer accesibilidad máxima a personas con discapacidades.

☐ **DEPORTES**

Los campistas disfrutarán de competencias amigables al aire libre en una variedad de juegos y deportes donde participar es más importante que ganar.

☐ **ACAMPAR DENTRO DE LA PROPIEDAD**

Los campistas podrán dormir en carpas o tiendas, preparar comidas en cocinas de campaña y disfrutar de una fogata. Estarán bajo la supervisión de los consejeros y permanecerán dentro de la propiedad del campamento.

☐ **NATACIÓN**

Nuestra piscina al aire libre se mantiene a 88º F, por lo que es muy relajante para nuestros campistas. Se ofrecen actividades recreativas. También contamos con un jacuzzi que se mantiene a 102º F.

☐ **EXCURSIONES DURANTE EL DÍA FUERA DE LA PROPIEDAD**

Las excursiones incluyen caminatas, pesca, el paseo en ferrocarril Georgetown Loop, visitas a la mina, eventos deportivos y días de campo. Los campistas interesados se inscriben a diario y participan en una lotería para determinar quién irá a las excursiones.

☐ **HORTICULTURA**

Aprenderán destrezas prácticas para sembrar y cultivar diferentes verduras, flores y plantas. Los campistas también aprenderán sobre plantas y especies autóctonas y exóticas.

Por el presente, reconozco y acepto que el campista mencionado anteriormente participará en actividades de campamento, recreativas y al aire libre durante el programa de campamento de verano en Rocky Mountain Village. **Entiendo que la instrucción y participación se adaptará a las necesidades de aquellos que tengan discapacidades.** También entiendo y acepto que el campista mencionado anteriormente puede participar en todas las actividades enumeradas arriba, a menos que se hayan marcado.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FECHA

☐ **Al escribir su nombre en la línea anterior, usted acuerda aceptar los términos del documento que antecede a través de una firma electrónica. Marque la casilla para aceptar.**

UNIVERSIDAD DE COLORADO, DENVER
EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA DE DERECHOS

NOMBRE DEL CAMPISTA _____

PROGRAMA: CAMPAMENTO DE HEMOFILIA MILE HIGH DE 2018 (DEL 15 AL 20 DE JULIO DE 2018) EN ROCKY MOUNTAIN VILLAGE

Lea la información que figura a continuación por completo antes de firmar. El objetivo de este documento es eximir al consejo rector de la Universidad de Colorado, una entidad con personalidad jurídica, que actúa mediante el Centro de Tratamiento contra la Hemofilia y la Trombosis (Hemophilia & Thrombosis Center, HTC), de toda responsabilidad que resulte de su participación en las actividades del programa mencionadas anteriormente y mediante el cual quien suscribe renuncia al derecho de reclamar por daños y perjuicios contra dicha persona jurídica. Algunos ejemplos de actividades diarias son: artes y oficios, natación, equitación, deportes y juegos, arquería, campamento en el predio, laboratorio de informática, softball, excursiones a pie, tenis, pesca, etc. Es posible que algunos campistas tengan la oportunidad de dar un paseo por el día, que es una excursión fuera de la propiedad del campamento. Véase el formulario de exclusión de actividad del campamento.

En consideración a los arreglos hechos por HTC a fin de permitirme y ayudarme a participar en las actividades del programa anteriormente mencionadas, declaro que participo voluntariamente (al igual que mi hijo) en las actividades, entiendo y asumo los riesgos asociados y me comprometo a ser responsable al participar en dichas actividades. Por el presente eximo, indemnizo y mantengo indemnes a los administradores de la Universidad de Colorado, una entidad con personalidad jurídica, así como a sus funcionarios, representantes, empleados y demás personas o entidades que actúen en su nombre, así como a los sucesores y cesionarios de todas las personas y entidades anteriormente mencionadas, contra cualquier reclamo, demanda, costos y costas y acciones judiciales, conforme a derecho, según el sistema jurídico que corresponda, que surja de cualquier siniestro, lesión corporal o discapacidad, por motivo de mi participación en el programa anteriormente mencionado.

Entiendo que soy exclusivamente responsable por cualquier costo que surja de lesiones corporales o discapacidades así como daño a la propiedad provocado debido a la participación de mi hijo en actos normales o inusuales relacionados con el programa anteriormente mencionado.

Me consta que mi hijo goza de buena salud y declaro que su participación en las actividades del programa anteriormente mencionado no redundará en un perjuicio para su estado de salud actual. En caso de duda, consultaré a un médico.

El suscrito autoriza a que se realicen fotografías, videos o películas del solicitante durante el campamento, y que dichas fotografías, videos o películas puedan aparecer en periódicos, revistas, la televisión, anuncios publicitarios o demás medios de comunicación, así como en el vestíbulo de la clínica o utilizarse en presentaciones de la clínica, de investigaciones o del programa por parte del personal de HTC.

Asimismo, el suscrito autoriza mediante el presente, en caso de emergencia o de que no se le pueda notificar por teléfono, la realización de tratamientos médicos por parte del personal médico o del hospital seleccionado por el director del campamento o el personal de HTC. Dicha autorización abarca el tratamiento médico que sea necesario o conveniente a criterio exclusivo del personal médico o del hospital. La atención médica puede consistir, entre otros, en exámenes, tratamientos, vacunas, inyecciones, anestesia, intervenciones quirúrgicas y demás procedimientos.

He tenido suficiente tiempo para analizar lo dispuesto en este documento y de asesorarme con respecto a su significado, lo he leído detenidamente y lo entiendo en su totalidad, por lo cual me comprometo a cumplir con las disposiciones del presente. Después de deliberarlo detenidamente, manifiesto mi conformidad con lo dispuesto en este documento de exención de responsabilidad, asunción de riesgo y renuncia de derechos. Si el participante es menor de 18 años, el padre, madre o tutor debe aceptar los términos y condiciones del presente documento y brindar la autorización para que el menor participe en el programa.

FIRMA: Padre, madre o tutor

Fecha

**FORMULARIO DE ACUERDO, CONSENTIMIENTO, RENUNCIA DE DERECHOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD
EASTER SEAL SOCIETY OF COLORADO**

NOMBRE DEL CAMPISTA _____

PROGRAMA: CAMPAMENTO DE HEMOFILIA DE MILE HIGH DE 2018 (DEL 15 AL 20 DE JULIO DE 2018) EN ROCKY MOUNTAIN VILLAGE

En el entendido de que Easter Seal Society of Colorado hará todo lo que esté a su alcance para prevenir accidentes, lesiones y demás incidentes, declaro lo siguiente:

El suscrito acepta indemnizar y mantener indemne a Easter Seals Colorado-Rocky Mountain Village por cualquier reclamo, demanda, costos y costas a los que Easter Seals Colorado pueda enfrentarse como resultado de cualquier reclamo, acción legal, demanda o sentencia en su contra que resulte de la asistencia del solicitante al campamento. Téngase en cuenta que de lo anterior no se desprende que deba indemnizarse a Easter Seals Colorado de cualquier acto de negligencia o culposos de su parte, sus funcionarios, representantes o empleados.

El suscrito autoriza a que se realicen fotografías, videos o películas del solicitante durante el campamento, y que dichas fotografías, videos o películas puedan aparecer en periódicos, revistas, la televisión, anuncios publicitarios o demás medios de comunicación.

Asimismo, el suscrito autoriza mediante el presente, en caso de emergencia o de que no se le pueda notificar por teléfono, la realización de tratamientos médicos por parte del personal médico o del hospital seleccionado por el director del campamento. Dicha autorización abarca el tratamiento médico que sea necesario o conveniente a criterio exclusivo del personal médico o del hospital. La atención médica puede consistir, entre otros, en exámenes, tratamientos, vacunas, inyecciones, anestesia, intervenciones quirúrgicas y demás procedimientos.

El suscrito consiente por el presente que el solicitante participe en las actividades del campamento (salvo las que estén restringidas).

Asimismo, autoriza a que el solicitante se suba a vehículos conducidos o alquilados por Easter Seals Colorado-Rocky Mountain Village.

El suscrito reconoce que el director del campamento tiene el derecho y discrecionalidad absoluta de interrumpir la estancia de un campista en cualquier momento debido a medidas disciplinarias o médicas que pudieran poner en peligro a los demás campistas o la salud y seguridad de terceros en el campamento y su propiedad. Asimismo, se compromete a recoger al campista inmediatamente después de que se le notifique de dicha interrupción. **(Los padres deben hablar de las expectativas de comportamiento de acuerdo con lo dispuesto en este documento con el menor.)**

El suscrito entiende que no se le permite llevar al solicitante a Rocky Mountain Village en caso de haber sido expuesto a una enfermedad contagiosa tres (3) semanas antes de la fecha de inicio del campamento y que deberá notificar a Rocky Mountain Village si ocurre dicha situación.

Si otra persona que no sea el suscrito recoge al menor al terminar el campamento, dicho tercero debe presentar una autorización **por escrito** firmada por el suscrito. Por el presente autorizo a (nombre, dirección y teléfono)

_____ a recoger al campista.

Indique el nombre de alguna persona en particular que **NO** quiera que recoja a su hijo.

En fe de lo cual, firmo el presente **acuerdo, consentimiento y exención de responsabilidad** el día:

FIRMA: Padre, madre o tutor

Fecha

LISTA DE MATERIALES PARA EL CAMPAMENTO DE 2018

ARTÍCULOS PERSONALES OBLIGATORIOS

- ☐ Empaque sus pertenencias en un maletín o un bolso.
- ☐ Cepillo y pasta de dientes
- ☐ Jabón
- ☐ Champú
- ☐ Desodorante
- ☐ Loción
- ☐ Peine o cepillo
- ☐ Humectante labial o manteca de cacao (con factor de protección solar 15)
- ☐ Botella de agua
- ☐ Pijamas u otro tipo de vestimenta para dormir
- ☐ 2 o 3 pares de pantaloncillos
- ☐ 2 o 3 pares de pantalones largos o pantalones para hacer ejercicio
- ☐ Cinturones, de ser necesarios
- ☐ 3 o 4 camisetas
- ☐ 2 camisas de manga larga (se aceptan las camisetas de cuello alto)
- ☐ Suéter
- ☐ Chaqueta abrigada
- ☐ Sombrero y guantes abrigados (las tardes pueden refrescar, especialmente si llueve)
- ☐ **IMPERMEABLES O PONCHOS. ESTE ARTÍCULO ES OBLIGATORIO.**
- ☐ Filtro solar (con un factor de protección solar mínimo de 15)
- ☐ Lentes de sol
- ☐ Sombrero o gorra para protegerse del sol
- ☐ Traje de baño
- ☐ Gafas para nadar, tapones para los oídos, de ser necesarios
- ☐ Toalla de playa grande (para la piscina)
- ☐ 2 toallas de baño y de mano (para las duchas)
- ☐ 7 u 8 prendas de ropa interior
- ☐ 7 u 8 pares de calcetines
- ☐ Sandalias
- ☐ 2 pares de zapatillas (de suela dura, idóneas para andar a caballo)
- ☐ 1 par de botas de montaña (si ya tiene)
- ☐ Linterna con baterías nuevas
- ☐ Mochila o cangurera (riñonera) para guardar las pertenencias mientras se traslada por el campamento durante la semana
- ☐ Saco de dormir

- ☐ Colchoneta (campistas de BOEC y del programa de liderazgo)

- ☐ Almohada y funda para la almohada

- ☐ Sábanas de dos plazas (ajustables)

IMPORTANTE: el campamento no proporciona ropa de cama ni almohadas.

ARTÍCULOS PERSONALES OPCIONALES

- ☐ Caña y equipamiento de pescar
- ☐ Cámara desechable, con el nombre del menor escrito en la cámara
- ☐ Libros, para leer durante el tiempo libre o de noche
- ☐ Guantes de baseball, si tiene
- ☐ Raqueta de tenis, si tiene
- ☐ Naipes o fichas de dominó, si lo desea

MATERIAL MÉDICO

☐ CONCENTRADOS DE FACTOR

- Si tiene como rutina administrarse infusiones intravenosas, traiga las dosis correspondientes para las semana además de una dosis adicional.
- Traiga una dosis de emergencia si no tiene como rutina administrarse infusiones intravenosas.
- **NO TRAIGA LOS MATERIALES MÉDICOS PARA REALIZAR LAS INFUSIONES INTRAVENOSAS**, a menos que sean especiales. El personal de enfermería de HTC dispondrá de los materiales necesarios en el Health Lodge.

- ☐ **ATOMIZADOR NASAL STIMATE® E INYECCIÓN DE DDAVP (1-deamino-8-D-arginina-Vasopresina)**, si necesita estos medicamentos para tratar los episodios hemorrágicos

- ☐ **EL RESTO DE LOS MEDICAMENTOS** que tome, entre otros, vitaminas, antialérgicos, etc.

RECORDATORIOS

PONGA UNA ETIQUETA CON EL NOMBRE DEL CAMPISTA EN TODAS LAS PRENDAS DE VESTIR Y LOS ARTÍCULOS PERSONALES. De este modo, para el personal y los consejeros será más fácil encontrar los artículos extraviados. **Colorado Easter Seal Society y HTC no se hacen responsables por los artículos perdidos o robados. Tenga esto en cuenta cuando prepare el bolso con los artículos personales. LOS EQUIPOS ELECTRÓNICOS (teléfonos móviles, iPods, iPads, gameboys, DS, etc.) NO ESTÁN PERMITIDOS EN EL CAMPAMENTO. Se quitarán todos los dispositivos de las cabañas y se guardarán en el Health Lodge hasta el final de la semana. No envíe a su hijo con estos prod**