





# Camp Wheez Autorización de los padres

**Por favor coloque las iniciales luego de cada sección titulada y firme en su totalidad al pie de la página.**

## PERMISO DE PARTICIPACION Y DEL TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS \_\_\_\_\_ (iniciales)

En consideración por permitir que me registre y participe en Camp Wheez, llevado a cabo **entre el 6 y el 10 de agosto, 2018**, patrocinado por Sansum Clinic, yo, como padre/tutor, mediante la presente eximo a la asociación, sus miembros de la corporación, médicos, miembros del consejo, oficiales, empleados, agentes, contratistas independientes y trabajadores voluntarios de cualquier responsabilidad por lesiones que sucedan durante el campamento, **incluyendo durante cualquier transporte necesario**. El niño aquí descrito tiene permiso de participar en todas las actividades programadas excepto las destacadas por el médico o padre/tutor. Mediante la presente, doy permiso al médico del campamento a iniciar y brindar cualquier tratamiento necesario, incluyendo el traslado a la instalación de urgencias certificada más cercana. Si se requiere internación hospitalaria u otro tratamiento, se recomendará que el niño se atienda con un médico apropiado y todos los tratamientos estarán a mi cargo.

## FOTOGRAFÍA, VIDEO Y LANZAMIENTO PROMOCIONAL \_\_\_\_\_ (iniciales)

Mediante por la presente, acepto y autorizo que Camp Wheez y Sansum Clinic tomen y utilicen las fotografías, videos y comentarios escritos de o por mi hijo para fines promocionales e informativos. Además, estoy de acuerdo en liberar y eximir a Sansum Clinic y a sus patrocinadores de cualquier y toda responsabilidad conectada con el uso de dichas fotografías, videos y comentarios escritos de o por mi hijo.

## PERMISO PARA EL TRANSPORTE A CASA \_\_\_\_\_ (iniciales)

Al terminarse del campamento, el personal del campamento podrá entregarme a mi hijo a mí o a la(s) persona(s) designada (s) a continuación. Comprendo que bajo ninguna circunstancia se entregará a mi hijo a alguien a quien no he identificado.

**Por favor escriba claramente:**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

2. Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

3. Persona autorizada para recoger al niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el niño \_\_\_\_\_

4. Persona autorizada para recoger al niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el niño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**El espacio es limitado. Entregar el formulario antes de 16 de Julio a:**

Health Education, Sansum Clinic, PO BOX 1200, Santa Barbara, CA 93102-1200  
Email: [HealthEd@sansumclinic.org](mailto:HealthEd@sansumclinic.org). Teléfono: 805-681-7672.



# Camp Wheez Código de Conducta

## Por favor revise con su hijo:

Esperamos que todos los participantes de nuestro programa tengan una experiencia positiva que dure toda la vida. Para ayudar a que todos obtengan lo mejor de su experiencia del campamento, hemos establecido una lista de reglas básicas para ayudar a que los padres y los niños entiendan lo que se espera cuando participan en el campamento. Reconocemos las necesidades especiales de nuestros acampantes y, tanto como sea posible, individualizaremos las normas según las necesidades y capacidades de cada acampante.

A los niños se les explicará las cuatro reglas básicas del campamento. Las reglas existen para asegurar que todos tengan una experiencia positiva.

- **Respetarse a sí mismo, a los demás y a la propiedad.** Sea puntual, limpio, cuide sus cosas y use la camiseta Camp Wheez. Tome su medicina tal como se la han recetado. No use groserías, no pelee, robe, dañe propiedad o haga cosas que ofendan a los demás.
- **Participar en las actividades del campamento.** Quédese con su grupo durante todas las actividades al menos que el personal le permite de lo contrario.
- **Seguir las instrucciones.** Siga las instrucciones de su consejero y de todo el personal del campamento.
- **No denigrar.** No se burle ni insulte, racialmente o no, a los demás, ni haga bromas pesadas inapropiadas.

Si tenemos problemas con el comportamiento inapropiado, seguiremos las siguientes normas de respuesta al comportamiento del acampante:

1. El consejero le llamará la atención al niño.
2. El consejero le dará al niño tiempo de reflexión, explicándole qué está causando el problema.
3. El consejero le pedirá al médico del campamento, o al director, que trabaje con el niño.
4. El personal se comunicará con los padres/tutores para hablar a cerca del problema.
5. El personal podrá llamar a los padres y pedir que vengan a buscar al niño.
6. En caso de problemas que podrían llegar a causar daño ya sea al niño o a los demás, nos reservamos el derecho de solicitar inmediatamente que se expulse al niño del campamento permanentemente.

Esperamos que cada niño vuelva a casa con grandes recuerdos del campamento. Estas reglas fueron diseñadas para proteger la experiencia de los acampantes para que un niño revoltoso no arruine la experiencia del resto. Si usted tiene alguna duda o comentario, por favor llámenos. Es nuestra misión brindar una experiencia de calidad para todos.

**Entiendo y acepto que mi hijo debe cumplir el Código de conducta del campamento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Estoy de acuerdo en cumplir el Código de conducta del campamento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

**El espacio es limitado. Entregar el formulario antes de 16 de Julio a:**

Health Education, Sansum Clinic, PO BOX 1200, Santa Barbara, CA 93102-1200

Email: [HealthEd@sansumclinic.org](mailto:HealthEd@sansumclinic.org). Teléfono: 805-681-7672.



# Camp Wheez Physician Referral

*Please print clearly*

Physician Name: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Date Last Seen: \_\_\_\_\_

Current Medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

“Normal” Peak Flow Rate: \_\_\_\_\_

Asthma is: \_\_\_\_\_ Mild Intermittent \_\_\_\_\_ Mild Persistent

\_\_\_\_\_ Moderate Persistent \_\_\_\_\_ Severe Persistent

Primary Allergies: \_\_\_\_\_

Other Significant Medical Conditions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Even though this program is medically supervised,  
your patient will continue to be under your direct medical care.***

I would like the above-named patient to be enrolled in Camp Wheez. All breathing and exercise training is to be geared to the patient’s capabilities.

\_\_\_\_\_  
Physician signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Address (street & city)

\_\_\_\_\_  
Phone

**Return form to:**  
Health Education, Sansum Clinic, PO BOX 1200, Santa Barbara, CA 93102-1200  
Email: [HealthEd@sansumclinic.org](mailto:HealthEd@sansumclinic.org). Teléfono: 805-681-7672.