





# Inscripción 2022

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

## Autorización de los padres

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

En consideración por permitir que me registre y participe en Camp Wheez, llevado a cabo **entre el 1 y el 5 de agosto, 2022**, 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.

## PERMISO DE PARTICIPACION Y DEL TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS \_\_\_\_\_ (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.

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

Al terminarse del campamento, el personal del campamento podrá entregarme a mi hijo 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.

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

### Personas que autorizo a recoger a mi hijo son:

1. Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
2. Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
3. Otra persona \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
4. Otra persona \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente mencionado.**

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Cupo limitado. Entregue el formulario antes del 18 de julio de 2022.**

Email: [CampWheez@SansumClinic.org](mailto:CampWheez@SansumClinic.org)

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

Teléfono: 805-681-7672





# Inscripción 2022

## 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Although Camp Wheez 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

\_\_\_\_\_  
Print name

\_\_\_\_\_  
Phone

\_\_\_\_\_  
Address, City, State, Zip Code

**Cupo limitado. Entregue el formulario antes del 18 de julio de 2022.**

Email: [CampWheez@SansumClinic.org](mailto:CampWheez@SansumClinic.org)

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

Teléfono: 805-681-7672