

INFORMACIÓN SOBRE EL ACAMPANTE:

La capacidad para nadar el niño es: Buena Mala Se desconoce

Discapacidades de aprendizaje: Sí No Nivel de lectura: _____

¿Es la primera vez que el niño asiste a un campamento de Royal Family Kids? Sí No. ¿Dónde?

Talle de remera del acampante: Pequeño, niño Mediano, niño Grande, niño Pequeño, adulto Mediano, adulto
 Grande, adulto

ANTECEDENTES MÉDICOS

Indique todas las alergias, enfermedades, discapacidades, limitaciones físicas o complicaciones médicas conocidas:
Alergias _____

Enfermedades/complicaciones médicas

Discapacidades/
limitaciones _____

Férulas para piernas o brazos Audífonos Trastorno alimenticio Sí No

Indique la fecha de las enfermedades, complicaciones y cualquier impedimento remanente.

| | | |
|-------------------------------|------------------------------|--|
| Problemas respiratorios _____ | Hipoglucemia _____ | Problemas de alergia y osteomusculares _____ |
| Circulación cardíaca _____ | Mareos _____ | Pie _____ |
| Edema pulmonar _____ | Espalda _____ | Trastorno convulsivo _____ |
| Alergia estacional _____ | Choque anafiláctico _____ | Erupción por roble venenoso _____ |
| Problemas de equilibrio _____ | Diabetes _____ | Desmayos _____ |
| Picaduras de insectos _____ | Alergia a medicamentos _____ | Otros _____ |

Más información sobre lo anterior: _____

¿Alguna actividad en especial que deba restringirse? _____

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Complete con las fechas de las vacunas básicas y los últimos refuerzo lo más posible.

| | | | |
|-----------------|---|--------------------------------|-------------------------|
| Serie DTP _____ | Refuerzo _____ | Refuerzo de tétano _____ | Polio OPV (Sabin) _____ |
| Tifoidea _____ | Vacuna contra el sarampión (viva) _____ | Prueba de la tuberculina _____ | |
| Rubéola _____ | Vacuna contra las paperas (viva) _____ | Viruela _____ | |

MEDICAMENTOS RECETADOS: Todos los medicamentos enviados al campamento deben estar en el recipiente original con la etiqueta de la farmacia.

¿Su hijo está tomando algún medicamento? No Sí. Complete la siguiente información

1. Nombre _____ Posología: _____ Horarios: _____
2. Nombre _____ Posología: _____ Horarios: _____
3. Nombre _____ Posología: _____ Horarios: _____

¿Para qué es el medicamento?: _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Agregue comentarios adicionales sobre la SALUD y los MEDICAMENTOS en una hoja adicional.

Entiendo que es mi responsabilidad como cuidador asegurarme de que todas las indicaciones sean claras y de suministrar las dosis necesarias para todo el campamento. Por la presente autorizo al personal de enfermería de RFKC a administrar el medicamento anterior desde _____ hasta _____ (Día/fecha Día/fecha)

Firma del padre o tutor legal

Aclaración

Fecha

FORMULARIO DE ALTA MÉDICA:

Estos antecedentes médicos son correctos según mi conocimiento y el menor mencionado anteriormente tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas del programa, excepto las mencionadas. El abajofirmante autoriza por la presente a los directores del campamento Royal Family Kids, o a la persona designada para sustituirlo como agente del abajofirmante para dar el consentimiento, a que el menor mencionado reciba un examen radiográfico, un diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, dental, quirúrgico y atención en un hospital, según el médico o cirujano lo considere recomendable, lo cual se llevará a cabo bajo la supervisión general o especial del mismo, quien contará con la certificación de la Ley de Práctica de Medicina o la certificación de La Ley de Práctica Odontológica en el caso de los dentistas, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se lleve a cabo en la oficina de dicho médico o dentista, en un hospital, en el campamento o en otro lugar. Esta autorización seguirá vigente mientras el menor mencionado esté en camino, regrese de o esté participando en cualquier programa del campamento, a menos que el abajofirmante la anule por escrito y entregue la anulación al director de Royal Family en capacidad de tutor legal, trabajador social y otro. Autorizo a que _____ asista al campamento de Royal Family Kids durante el verano de _____ Año _____ por medio de Santa Barbara Community Church. Acampante _____

Firma autorizada _____ Aclaración _____ Fecha _____

Relación con el niño: _____

N.º de Medicaid/Seguro de salud del niño _____

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Por la presente le otorgo permiso al personal de enfermería del campamento de Royal Family Kids para administrar los siguientes productos según las indicaciones del fabricante, o como se especifique.

Confío en que el personal de enfermería de RFKC tomará la mejor decisión según la situación que surja y que, en casos de dudas, llamará para consultar.

Seleccione Sí o NO para los medicamentos mencionados a continuación. Este formulario debe completarlo el cuidador primario que firma a continuación o, de lo contrario, el acampante no podrá asistir al campamento.

| SÍ | NO | Especifique si desea: |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Protector solar _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Repelente para insectos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bálsamo para labios _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TUMS _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ibuprofeno _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ungüento para erupciones _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tylenol _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ungüento antiséptico _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apósitos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crema para picaduras _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agua oxigenada _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jarabe para la tos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gotas para la tos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Descongestivo _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antihistamínicos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jarabe Ipecac _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Melatonin _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laxante _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Champú para piojos _____ |

Firma del padre o tutor legal: _____

Aclaración: _____ Números de teléfono: _____

Persona autorizada a recoger al niño _____

NO TRAER CÁMARAS NI DINERO. NO SE PERMITEN CELULARES. ESTOS ELEMENTOS NO SON NECESARIOS EN EL CAMPAMENTO.

COVID-19 ADDENDUM TO 2022 PARENT / LEGAL GUARDIAN RELEASE FOR CAMP & CAMPERS

This ADDENDUM is a part of and incorporated into the 2022 Camper Application previously executed. I hereby agree as follows:

1. I acknowledge that Royal Family KIDS Camp of Santa Barbara (RFKCSB) is taking reasonable precautions to mitigate the risks associated with COVID-19. I understand that such risks cannot be eliminated entirely, as COVID-19 may spread through multiple pathways. I also understand that although reasonable precautions are taken, my child may become infected with COVID-19. I also understand the health risks associated with COVID-19 infection including potential exposure to others including family members.
2. I expressly agree to accept and assume all risks associated with COVID-19 related to my child's participation in the Program. I have elected to allow my child to participate in the Program despite the risks of COVID-19. I recognize that this decision is purely voluntary and that I have the right to discontinue my child's participation in the Program at any time.
3. I understand that RFKCSB may modify and/or cancel a Program as a result of COVID-19 issues or may be directed to modify and/or cancel a Program by government authorities.
4. I understand that RFKCSB reserves the right to segregate, remove, quarantine, and/or dismiss my child for COVID-19 reasons and/or take all reasonable steps to maintain and protect the health and welfare of my child and other Campers, staff, and volunteers.
5. I acknowledge that I will remain solely responsible for my other costs incurred in connection with my child's participation in the Program, including transportation and incidental costs, even in the event that RFKCSB is required to or deems it necessary to cancel or modify the Program, or RFKCSB dismisses my child from the Program.
6. I represent to RFKCSB or will represent to RFKCSB prior to presenting my child for participation in the Program that, to my knowledge, my child (a) has not been diagnosed with COVID-19, (b) has not been exposed to a person presumed or confirmed to have COVID-19 within the fourteen days preceding my child's participation in the Program, and (c) is free of any signs and symptoms of COVID-19 (which may include a fever, a dry cough, excessive fatigue, shortness of breath). I represent I will notify RFKCSB of any change in my child's medical status that occurs prior to the start date of the term for which he/she is registered.
7. **I HEREBY VOLUNTARILY RELEASE, WAIVE, AND FOREVER DISCHARGE ANY AND ALL CLAIMS AGAINST RFKCSB MINISTRIES, ITS BOARD OF DIRECTORS, OFFICERS, EMPLOYEES, VOLUNTEERS, AGENTS AND ALL OTHER PERSONS OR ENTITIES AFFILIATED WITH RFKCSB OR ACTING ON ITS BEHALF THAT RELATE IN ANY WAY TO COVID-19, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO ANY CLAIM ARISING FROM OR RELATING TO MY CHILD'S EXPOSURE TO, INFECTION WITH, OR OTHER HARM RELATED TO COVID-19 WHILE PARTICIPATING IN THE PROGRAM AND/OR FOLLOWING PARTICIPATION IN THE PROGRAM, AND ALSO INCLUDING HARM RELATED TO MY CHILD'S SPREAD OF COVID-19 TO ME AND/OR OTHERS INCLUDING FAMILY MEMBERS. I FURTHER AGREE TO REIMBURSE RFKCSB FOR ATTORNEY FEES INCURRED RELATED TO ENFORCING THIS WAIVER PROVISION.**
8. I agree to indemnify and hold harmless RFKCSB from and against any liabilities, claims, causes of action, suits, losses, fines, judgments, settlement, and expenses (including reasonable attorney fees) which may be incurred by RFKCSB as a consequence of my child's exposure to COVID-19 resulting in the illness or infection of a third-party.
9. The provisions of this Addendum are severable, and if any provision of this Addendum is held to be invalid or unenforceable, the remaining provisions will remain in full force and effect.
10. This Addendum is intended to supplement the 2020 Camper Application previously executed and is in addition to the terms stated therein, which shall remain in full force and effect.

By signing this **ADDENDUM**, which includes an **ASSUMPTION OF RISK, RELEASE, WAIVER OF LIABILITY, AND INDEMNIFICATION AGREEMENT RELATED TO COVID-19**, I expressly state that I have had sufficient opportunity to read it in its entirety. I further certify that I have read and understood it, and I agree to be bound by its terms.

Signature of Parent / Legal Guardian _____

Date _____