



**Devuélvalo antes del primer día de campamento de su hijo.**

**Campamentos diurnos de verano de Indy Parks and Recreation  
Formulario de emergencia 2024**

Déjelo en un **campamento diurno** o envíelo por correo a  
**INDY PARKS and RECREATION, Customer Service, Summer Day Camps**  
**1720 Burdsal Parkway, Indianapolis, IN 46208**

**Sección de información del campista: (escriba claramente)**

**Nombre del campista:** \_\_\_\_\_ **Apodo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ (durante el campamento) **Género:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Ubicación del campamento diurno:** \_\_\_\_\_

**Escuela a la que asistirá en otoño:** \_\_\_\_\_ **Grado al que asistirá en otoño:** \_\_\_\_\_

**Sección de información sobre padre/madre/tutor y emergencias:**

**Nombre del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de día:** ( ) \_\_\_\_\_ **Número de teléfono de noche:** ( ) \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del trabajo:** ( ) \_\_\_\_\_ **Número de celular:** ( ) \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Sección de información sobre padre/madre/tutor y emergencias:**

**Nombre del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de día:** ( ) \_\_\_\_\_ **Número de teléfono de noche:** ( ) \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del trabajo:** ( ) \_\_\_\_\_ **Número de celular:** ( ) \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Contacto adicional de emergencia:**

**Nombre del contacto:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_

**Autorización para buscar al campista:**

(DEBE LLENARSE)

Persona autorizada para buscar al campista: (**otra que no sea el padre/madre/tutor arriba indicado**)

1. **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Número de celular:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

2. **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Número de celular:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

3. **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Número de celular:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

4. **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Número de celular:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

**La persona NO está autorizada para buscar al campista.**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Historial médico y autorización para tratamiento:**  
*(Todas las preguntas deben estar marcadas)*

**En el último año....**

1. ¿Este campista ha necesitado algún tipo de asesoramiento u hospitalización? **Sí o no** Explique \_\_\_\_\_

2. ¿Este campista ha tenido alguna operación o lesión grave? **Sí o no** Explique \_\_\_\_\_

**¿Este campista...**

3. ...tiene alguna discapacidad emocional, intelectual o física? **Sí o no** Explique \_\_\_\_\_

4. ...tiene un plan de educación individualizada (Individualized Education Plan, IEP) que estaría dispuesto a compartir? **Sí o no**

5. ...tiene alguna actividad recomendada o limitada por un médico? **Sí o no** Explique \_\_\_\_\_

6. ...tiene modificaciones en la dieta debido a directrices médicas o religiosas? **Sí o no** Explique \_\_\_\_\_

7. ...utiliza dispositivos de asistencia? Anteojos, audífonos, aparatos ortopédicos... **Sí o No** Explique \_\_\_\_\_

8. ...usa un EpiPen? **Sí o No** ¿Enviaré un EpiPen con su campista? **Sí o no**

9. ¿Otros? ¿Preocupaciones del padre/madre/tutor? Fobias, alergias... **Sí o No**  
Explique \_\_\_\_\_

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del consultorio:** ( ) \_\_\_\_\_

**Vacunas**

Las vacunas de mi hijo están al día según lo requerido por las escuelas públicas de Indiana. **Sí o no**

**Si su hijo(a) no está al día con las vacunas requeridas por las escuelas públicas de Indiana, indique las fechas abajo o adjunte el registro de vacunas:**

**Mes/año**

<b>Vacuna</b>	<b>Mes/año</b>	<b>Vacuna</b>	<b>Mes/año</b>	<b>Vacuna</b>	<b>Mes/año</b>
Difteria, tétanos y tos ferina (diphtheria, tetanus and pertussis, DTP)	_____	Influenza B	_____	Triple viral (measles-mumps-rubella, MMR)	_____
Polio	_____	Hepatitis B	_____	O sarampión	_____
Varicela (chicken pox)	_____			O paperas	_____
				O rubéola	_____

**Vacuna antitetánica**  
**Todos los campistas deben**  
**indicar la fecha de la última**  
**vacuna antitetánica.**  
mes/año

### **Autorización de tratamiento:**

Este historial de salud es correcto hasta donde yo sé, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas, excepto las indicadas. Por la presente doy permiso al personal médico seleccionado por el campamento diurno de verano (summer day camp, SDC) de Indy Parks and Recreation o al gerente del parque para solicitar radiografías, pruebas de rutina, tratamiento y transporte necesario para la persona aquí descrita. En caso de que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el SDC de Indy Parks and Recreation o al gerente del parque para asegurar y administrar tratamiento, lo que incluye hospitalización, para la persona nombrada arriba. Los formularios completos pueden ser fotocopiados para viajes fuera del sitio.

**(Iniciales de los padres)** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR**

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Lugar solicitado para el tratamiento: (nombre del hospital)** \_\_\_\_\_

### **Autorización para administrar medicamentos:**

Aunque animamos a que se administre el medicamento a su hijo antes o después del campamento, entendemos que puede haber necesidad de que lo reciba durante las horas de campamento. Se ha establecido un procedimiento para que los medicamentos sean administrados por el personal del campamento. Los **medicamentos** deben traerse al campamento en los **envases** originales con las instrucciones de uso claramente escritas. Por la presente doy mi consentimiento para que el personal administre medicamento(s) a: (Nombre del campista)

\_\_\_\_\_ según receta médica y de acuerdo con las siguientes instrucciones.

**(Iniciales de los padres)** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS: (envíe todos los medicamentos en los frascos RX originales con las instrucciones)**

**Med. N.º 1** \_\_\_\_\_ Lun Mar Miér Juev Vie

**Med. N.º 2** \_\_\_\_\_ Lun Mar Miér Juev Vie

**Med. N.º 3** \_\_\_\_\_ Lun Mar Miér Juev Vie

**Med. N.º 4** \_\_\_\_\_ Lun Mar Miér Juev Vie

### **Autorización para tomar fotografías**

Por la presente **(SÍ) o (NO)** (marque con un círculo) concedo a la Ciudad Consolidada de Indianápolis (ciudad), a sus representantes y empleados el derecho a tomar fotografías mías, de mis niños menores de edad, de niños bajo mi tutela y de mi propiedad traída a propiedades de la ciudad en conexión con actividades que ocurran en y en conjunto con Indy Parks and Recreation. Autorizo a la ciudad, sus cesionarios y transferentes a registrar los derechos de autor, usar y publicar los mismos en forma impresa o electrónica.

Acepto que la ciudad pueda utilizar dichas fotografías mías, de mis niños menores, de niños bajo mi tutela y de mi propiedad con o sin mi nombre y para cualquier fin lícito, incluidos, por ejemplo, fines publicitarios gratuitos y pagados, ilustrativos y de contenido web.

**FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR**

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Datos demográficos del participante

Estimado participante del Programa de Indy Parks and Recreation:

Indy Parks and Recreation recibe fondos de diferentes agencias de la ciudad, estatales, federales y privadas que nos exigen reportar información demográfica sobre los usuarios de nuestros programas y servicios. Complete la siguiente información abajo y devuélvala al gerente o coordinador del área del programa.

**Esta información es confidencial.**

**Iniciales del participante:**

**Iniciales del coordinador  
del programa:**

**Título del programa y ubicación:**

Información del padre/madre/tutor	
<input checked="" type="checkbox"/>	Estado Civil
<input type="checkbox"/>	Soltero
<input type="checkbox"/>	Casado
<input checked="" type="checkbox"/>	Empleo
<input type="checkbox"/>	Asalariado
<input type="checkbox"/>	Desempleado
<input type="checkbox"/>	Estudiante
<input type="checkbox"/>	Padre o madre que se queda en casa
<input checked="" type="checkbox"/>	Educación
<input type="checkbox"/>	Estudiante
<input type="checkbox"/>	Graduado en escuela secundaria
<input type="checkbox"/>	Graduado en escuela técnica
<input type="checkbox"/>	Graduado universitario
<input checked="" type="checkbox"/>	Nivel de ingreso familiar
<input type="checkbox"/>	Menos de \$9,999
<input type="checkbox"/>	\$10,000-\$14,999
<input type="checkbox"/>	\$15,000 a \$19,999
<input type="checkbox"/>	\$20,000 a \$29,999
<input type="checkbox"/>	\$30,000 a \$39,999
<input type="checkbox"/>	\$40,000 a \$49,999
<input type="checkbox"/>	\$50,000 a \$59,999
<input type="checkbox"/>	Más de \$60,000

Información del niño	
<input checked="" type="checkbox"/>	Origen étnico
<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	Negro/afroamericano
<input type="checkbox"/>	Hispano
<input type="checkbox"/>	Indoamericano
<input type="checkbox"/>	Asiático/isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/>	Otros
<input checked="" type="checkbox"/>	Sexo
<input type="checkbox"/>	Varón
<input type="checkbox"/>	Mujer
<input checked="" type="checkbox"/>	Edad
<input type="checkbox"/>	1 a 5 años
<input type="checkbox"/>	6 a 8 años
<input type="checkbox"/>	9 a 11 años
<input type="checkbox"/>	12 a 15 años
<input type="checkbox"/>	16 a 18 años
<input type="checkbox"/>	19 y más
<input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad
<input type="checkbox"/>	Física
<input type="checkbox"/>	Mental
<input type="checkbox"/>	Emocional
<input type="checkbox"/>	Combinacion