



Documentos Médicos 2024

El formulario de historial médico 1 debe ser completado por el padre o tutor legal.

El formulario de historial médico 2 debe ser completado por un proveedor de atención médica. Se deben completar todas las secciones del formulario. Se debe escribir una fecha de examen en el formulario y debe tener una fecha dentro del año posterior a la asistencia al campamento. Se deberá adjuntar copia del registro de vacunación del campista.

| | | |
|--------------------------|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Formulario de historial médico 1 | página 2 |
| <input type="checkbox"/> | Formulario de historial médico 1 | página 3 |
| <input type="checkbox"/> | Hoja informativa sobre la enfermedad meningocócica | paginas 4 - 5 |
| <input type="checkbox"/> | Consentimiento de los padres para el tratamiento | página 6 |
| <input type="checkbox"/> | Cartilla de vacunación | Por favor adjunte |

Formulario 2: del historial médico de Camper

Este formulario debe ser cumplimentado por un profesional sanitario y estar fechado en el plazo de un año desde la asistencia al campamento. Adjunte una copia de los registros de vacunación de los campistas. Por favor escriba una fecha de examen.

Camper's Name _____
(Last) (First)

Date of Birth ____/____/____
(Month) (Day) (Year)

Name of Healthcare Provider _____
(Last) (First)

Exam Date ____/____/____
(Must be within the past 12 months)

Please complete the following or attach a copy of most recent physical:

I have attached a copy of the most recent physical (dated within the past 12 months)

Height _____ Weight _____ BP _____ Pulse _____ PPD _____
 Urinalysis _____ Scoliosis _____ Hearing _____ Vision _____ BMI _____

Please complete the following regarding the camper's history of immunizations:

I HAVE ATTACHED A COPY OF THE CAMPER'S IMMUNIZATION RECORDS.

MEDICATIONS:

("Medication" is any substance a person takes to maintain and/or improve their health. This includes vitamins & natural remedies. All medications must come in their original packaging and be accompanied by a doctor's written orders.)

This camper **will take** the following daily medication(s) while at camp:

| Name of Medication | Date Started | Reason for Taking | When Given | Amount or Dose | How it is given |
|--------------------|--------------|-------------------|---|----------------|-----------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other _____ | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other _____ | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

The following medications are available in the camp infirmary and **will be only given** as needed by camp medical professional with your doctor's approval as per package instructions:

| Drug Name (or generic) | Indications | Can be used? | Dosage |
|-------------------------|--|--|--------|
| Anbesol | Tooth pain | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Antibiotic Cream | Superficial Cuts/ Abrasions | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Benadryl | Allergic Reaction (Hives, Insect Bites) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Calamine Lotion | Allergic Reaction (Hives, Insect Bites) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Children's Tums | Upset Stomach, Diarrhea | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Hydrocortisone Cream 1% | Allergic Reactions (Contact Dermatitis, Bites) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Ibuprofen | Pain or Fever | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Milk Of Magnesia | Constipation | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Swim Ear-Ear Drops | Ear Pain | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Tylenol | Pain or Fever | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | _____ |

Approval for participation in activities: The above named child is able to participate in an active camp program: Yes No

 Physician/Healthcare Provider's Signature

 Date of Examination

 Printed Name

 License Number & Stamp

 Address

Hoja informativa sobre la enfermedad meningocócica:

¿Qué es la enfermedad meningocócica? La enfermedad meningocócica es una infección bacteriana grave del torrente sanguíneo o meninges (un revestimiento delgado que cubre el cerebro y la médula espinal) causado por el meningococo germen.

¿Quién contrae la enfermedad meningocócica? Cualquier persona puede contraer la enfermedad meningocócica, pero es más común en bebés y niños. Para algunos adolescentes, como el primer año de universidad. los estudiantes que viven en dormitorios, hay un mayor riesgo de enfermedad meningocócica. Cada año en los Estados Unidos aproximadamente 2.500 personas están infectadas y 300 mueren de la enfermedad. Otras personas en mayor riesgo incluyen los contactos domésticos de una persona conocida haber tenido esta enfermedad, personas inmunocomprometidas y personas que viajan a partes del mundo donde hay meningitis meningocócica predominante.

¿Cómo se propaga el meningococo germen? El germen de meningococo se transmite por contacto directo con las descargas de la nariz o la garganta de una persona infectada.

¿Cuales son los síntomas? La fiebre alta, el dolor de cabeza, los vómitos, el cuello rígido y una erupción cutánea son síntomas de la enfermedad meningocócica. Los síntomas pueden aparecer de dos a 10 días. Después de la exposición, pero por lo general dentro de los cinco días. Entre las personas que desarrollan enfermedad meningocócica, entre el 10 y el 15 por ciento mueren a pesar del tratamiento con antibióticos. De los que viven, daño cerebral permanente, pérdida de audición, insuficiencia renal, pérdida de brazos o piernas o sistema nervioso crónico pueden ocurrir problemas.

¿Cuál es el tratamiento para la enfermedad meningocócica? Los antibióticos, como la penicilina G o la ceftriaxona, se pueden usar para tratar a las personas con enfermedad meningocócica.

¿Se debe tratar a las personas que han estado en contacto con un caso diagnosticado de meningitis meningocócica? Sólo personas que han estado en contacto cercano (miembros de la familia, contactos íntimos, personal de atención médica que realizan la comunicación boca a boca). resucitación, guarderías infantiles, etc.) deben considerarse para tratamiento preventivo. Estas personas suelen ser aconsejadas para obtener una Prescripción de un antibiótico especial (ya sea rifampicina, ciprofloxacina o ceftriaxona) de su médico. Contacto casual, como podría ocurrir en un aula regular, la oficina o el entorno de fábrica, no suelen ser lo suficientemente importantes como para causar preocupación.

¿Existe alguna vacuna para prevenir la meningitis meningocócica? Hay tres vacunas disponibles para la prevención de la meningitis. La vacuna preferida para personas de 2 a 55 años de edad es Meningococcal. vacuna conjugada (MCV4). Esta vacuna está autorizada como Menactra (sanofi pasteur) y Menveo (Novartis). Polisacárido meningocócico La vacuna (MPSV4; Menomune [sanofi pasteur]) debe usarse para adultos mayores de 56 años. Las vacunas son 85 a 100 por ciento efectivas en previniendo los cuatro tipos de germen de meningococo (tipos A, C, Y, W-135). Estos cuatro tipos causan alrededor del 70 por ciento de la enfermedad en el Estados Unidos. Debido a que las vacunas no incluyen el tipo B, que representa aproximadamente un tercio de los casos en adolescentes, no previenen Todos los casos de enfermedad meningocócica.

Hoja informativa sobre la enfermedad meningocócica

¿Es segura la vacuna? ¿Existen efectos secundarios adversos a la vacuna? Las tres vacunas disponibles para prevenir la meningitis meningocócica son seguras y efectivas. Sin embargo, las vacunas pueden causar leves y efectos secundarios poco frecuentes, como enrojecimiento y dolor en el lugar de la inyección que duran hasta dos días.

¿Quién debe recibir la vacuna meningocócica? La vacuna se recomienda de manera rutinaria para todos los adolescentes de 11 a 12 años, todos los adolescentes no vacunados de 13 a 18 años y las personas de 19 a 21 años. Años que se matriculan en la universidad. La vacuna también se recomienda para personas de 2 años o más a quienes se les haya extraído el bazo, o tiene otras enfermedades crónicas, así como algunos trabajadores de laboratorio y viajeros a áreas endémicas del mundo.

¿Quién necesita una dosis de refuerzo de la vacuna meningocócica? Los CDC recomiendan que los niños de 11 o 12 años se vacunen de forma rutinaria con Menactra o Menveo y reciban una dosis de refuerzo a los 16 años. Los adolescentes que reciben la primera dosis entre los 13 y los 15 años deben recibir una dosis de refuerzo única, preferiblemente entre los 16 y los 18 años. Los adolescentes que reciben su primera dosis de la vacuna conjugada contra el meningococo a partir de los 16 años de edad no necesitan una dosis de refuerzo, siempre que no tienen factores de riesgo. Todas las personas que corren mayor riesgo de contraer una infección meningocócica deben recibir dosis de refuerzo adicionales. Si la persona tiene 56 años o más, debe recibir Menomu.

Consentimiento de los padres para el tratamiento

Por la presente doy permiso al North Shore Holiday House Camp para brindar atención médica de rutina, administrar medicamentos ordenados por un médico, y buscar tratamiento médico de emergencia, incluyendo el pedido de radiografías y / o exámenes de rutina. Le doy permiso al campamento Director para determinar si las circunstancias merecen la necesidad de un niño para ser enviado a casa. Doy permiso para que el campamento se encargue de Transporte relacionado necesario para mi hijo. En caso de que no pueda contactarme en caso de emergencia, doy permiso a la médico seleccionado por North Shore Holiday House Camp para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización para el campista nombrado arriba El formulario completado puede ser fotocopiado para viajes fuera del campamento. También entiendo y acepto cumplir con cualquier restricción puesto en la participación de mi hijo en las actividades del campamento. Doy permiso para que mi hijo reciba cualquiera y todos los medicamentos recetados por el Médico anotado en el formulario médico. Doy permiso para que el personal del campamento aplique protector solar a mi hijo.

Firma de los padre

Imprimir nombre

Nombre de la niña

Fecha

Reconocimiento de información sobre la enfermedad de meningitis meningocócica

- He leído, o me han explicado, la información sobre la meningitis meningocócica.
- Entiendo los riesgos de no recibir la vacuna. Mi hijo no ha recibido inmunización contra la enfermedad de meningitis meningocócica en este momento.
- Mi hijo ha recibido la inmunización contra la meningitis meningocócica en los últimos 10 años. (Ver registro de vacunación requerido para la fecha).

Signo de los padres a continuación que ha leído el Consentimiento para el tratamiento y el reconocimiento de la meningitis:

Firma de los padre

Imprimir nombre

Nombre de la niña

Fecha