

# FORMULARIO DE ATENCIÓN MÉDICA

**NUESTRA MISIÓN:** La YMCA del Condado de San Diego se dedica a mejorar la calidad de la vida humana y a ayudar a todas las personas a alcanzar su máximo potencial como hijos de Dios a través del desarrollo del espíritu, la mente y el cuerpo.



**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

**Esta sección debe completarse si actualmente se encuentra bajo atención médica o si marcó una afección médica con \*asterisco en el formulario anterior.**

Solo se requiere una autorización del médico por escrito si el campista tiene antecedentes de asma, cardiopatía, convulsiones, diabetes, ha estado hospitalizado recientemente o se encuentra bajo cuidado médico actualmente. Si es así, complete esta sección.

## EXAMEN MÉDICO DE UN MÉDICO AUTORIZADO

Nombre del niño	Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo
Nombre del padre		
Debido a los antecedentes médicos de este campista, hemos solicitado que la autorización médica se entregue antes de asistir al campamento de la YMCA. Tenga en cuenta que el campamento se lleva a cabo en entornos de montaña (elevación de 4300 pies) o a orillas del océano. Los programas son muy activos con excursionismo arduo, juegos, natación, navegación y actividades de campamento. Se apreciará su detenida consideración.		
<input type="checkbox"/> He examinado al niño que se menciona en este formulario en los últimos dos años.	Fecha del examen (mm/dd/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Luego de la examinación y la revisión de su historia médica, considero que esta persona se encuentra físicamente capaz de participar en actividades de campamento, excepto que a continuación se indique lo contrario.		
Peso	Altura	Presión arterial
¿El solicitante se encuentra bajo el cuidado de un médico por alguna afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", explique:		
¿Hay actividades específicas que se recomienden o deban limitarse por consejo del médico?		
¿Algún plan de comidas médicamente recetadas o alguna restricción alimenticia?		
¿Algún tratamiento o medicamento que deba continuarse en el campamento (suministre dosis específicas)?		
¿Alguna alergia? (Alimentos, fármacos, plantas, insectos, etc.).		
Información médica adicional:		
<b>INFORMACIÓN DEL MÉDICO</b>		
Dirección		Teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha en que se completó el formulario (mm/dd/aaaa)	Completado por:	
<b>FIRMA</b>		
Firma del médico		Fecha

## CAMPAMENTOS NOCTURNOS DE LA YMCA - MARSTON | SURF | RAIN TREE

PO Box 2440 Julian, CA 92036

Tel. (760)765-0642 Fax (760)765-0183

camp@ymca.org

http://www.ymca.org/camp