



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

YMCA Camp Independence

Formulario de antecedentes y examen médicos (2026)

La información de este formulario se recopila para ayudarnos a identificar la atención adecuada. Los padres/tutores de los menores de edad o un adulto deben completar los antecedentes médicos. Se deben actualizar todos los años. Un proveedor de atención médica autorizado debe completar la sección del examen médico en la (contraportada). **NOTA: Haga una copia de este formulario para tenerla como constancia antes de enviar el documento original al campamento.**

Nombre del campista _____ Fecha de nacimiento _____ Edad durante el campamento _____

Domicilio _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Sexo: Femenino Masculino Altura _____ Peso _____ Apodo _____

Padre/madre/tutor con custodia _____ Teléfono _____

Dirección _____ Teléfono móvil _____
Si es diferente a la de arriba Dirección Ciudad Estad Código postal

Dirección profesional _____ Teléfono _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Segundo/a padre/madre/tutor

Dirección _____ Teléfono móvil _____
Si es diferente a la de arriba Dirección Ciudad Estado Código postal

Dirección profesional _____ Teléfono _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

En caso de que ocurra una emergencia en el campamento, indique a quién debe avisar por orden numérico.

N.º 1 Nombre _____ Relación _____

Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____ Otro teléfono _____

N.º 2 Nombre _____ Relación _____

Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____ Otro teléfono _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El participante tiene cobertura de un seguro médico/hospitalario familiar? Sí No
En caso afirmativo, indique la aseguradora o el nombre del plan _____ N.º de grupo _____

Estos antecedentes médicos son correctos y están completos a mi leal saber y entender. La persona que aquí se menciona tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento excepto en las indicadas.

Por la presente doy permiso al campamento para brindar, solicitar y dar el consentimiento para la atención médica de rutina, la administración de medicamentos recetados y el tratamiento de emergencia para mí/mi hijo, según sea necesario, lo que incluye radiografías, pruebas de rutina y tratamiento u hospitalización, entre otros. También doy permiso para que el campamento organice el transporte relacionado. Estoy de acuerdo con la divulgación de cualquier registro necesario para el tratamiento, la derivación, la facturación o el seguro.

Es mi intención que el personal del campamento sea tratado como si fueran los padres de la persona que aquí se menciona como menor de edad. Además, es mi intención que los representantes correspondientes del campamento sean tratados como "representantes personales" a los efectos de divulgación de información médica protegida de conformidad con las normas de privacidad promulgadas en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Por la presente acepto la divulgación a los representantes del campamento de la información médica protegida de la persona que aquí se describe, según sea necesario: (i) para proporcionar información relevante a los representantes del campamento relacionada con la capacidad de la persona para participar en las actividades del campamento; y (ii) en el caso de los menores, para proporcionar información relevante a los representantes del campamento y que me mantengan informado del estado de salud de mi hijo.

Si no es posible localizarme en caso de emergencia, por la presente autorizo al médico seleccionado por el campamento a asegurar el tratamiento y administrarlo, lo que incluye la hospitalización, para la persona nombrada anteriormente. Este formulario cumplimentado puede fotocopiar para uso interno del campamento.

Firma del padre/la madre, el tutor o el campista adulto _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

También comprendo y acepto acatar cualquier restricción impuesta a mi participación en las actividades del campamento.

Firma del campista menor de edad o adulto _____ Fecha _____

* Si por motivos religiosos no puede firmar este formulario, póngase en contacto con el campamento para obtener una exención legal que deberá firmar para poder asistir.

Antecedentes médicos

El padre/la madre/el tutor del menor de edad, el campista adulto o un miembro del personal deben completar la siguiente información. La finalidad de esta información es proporcionar al personal de atención médica del campamento los antecedentes necesarios para que presten una atención adecuada. Conserve una copia del formulario cumplimentado como constancia. Cualquier cambio que se haga en este formulario deberá facilitarse al personal de atención médica del campamento al momento de la llegada del participante. Proporcione información completa para que el campamento pueda conocer sus necesidades.

ALERGIAS:

Penicilina **Látex** En caso afirmativo, ¿qué tipo de reacción tiene su campista? Anafiláctica Urticaria Sarpullido
Enumere todas las demás alergias:

¿Su campista es alérgico a las picaduras de abeja? **Sí** **No** En caso afirmativo, ¿cuál es la reacción del campista cuando lo pican?

ALERGIAS ALIMENTICIAS: Enumere todas las que se conozcan

ANTECEDENTES MENTALES:

Trastorno por déficit de atención
Fobias (enumérelas a continuación)

Problemas de memoria
Problemas de aprendizaje (enumérelos a continuación)

Problemas emocionales

ANTECEDENTES DE CONDUCTA:

Le gusta ser el centro de atención
Puede ser obstinado

No se adapta bien a los grupos
Puede ser agresivo cuando está molesto

Depresión
Otro (enumérela a continuación)

¿Se le ha diagnosticado a su campista algún trastorno de conducta? **Sí** **No** En caso afirmativo, explíquelo.

ANTECEDENTES FÍSICOS:

Hidrocefalia
Convulsiones (especifique a continuación)
Otro (enumérela a continuación)

Problemas del habla
Motricidad fina

¿El campista tiene una derivación?
Sí No Tipo: _____
Última revisión (fecha) _____
Neurocirujano _____
Teléfono _____

Si el campista tiene una derivación, ¿es programable? **Sí** **No**

En caso afirmativo, ¿a qué nivel está ajustada la válvula? _____

Gastrointestinales:	Estreñimiento	Problemas de alimentación	Heces anormales	Ácido reflujo
	Impactación	Diarrea	Pólipos	Alimentación por sonda
	Diverticulitis	Otros (enumérelos a continuación)		

Respiratorios:	Apnea del sueño	Sibilancias	Dificultad para respirar
	Asma	Tratamientos de nebulización (¿con qué frecuencia? _____)	
	Otros (enumérelos a continuación)		

Musculares/ Esqueléticos:	Los huesos se rompen con facilidad	Escoliosis	Cifosis
	Debilidad muscular	Lordosis	Otros (enumérelos a continuación)

Piel:	Sarpullido	Úlceras de decúbito (___Enrojecimiento___Área abierta___Supuración)
	Úlceras	Cortes o raspones
	Otros (enumérelos a continuación)	Picaduras de insectos

¿El campista está recibiendo tratamiento por alguna lesión en la piel?

Movilidad: El campista usa	Silla de ruedas (___manual ___eléctrica)	Andador	Muletas	Aparatos ortopédicos
	AFO			
	Otros (enumérelos a continuación)	Prótesis/yesos/elementos ortopédicos		

Trasposos (___sin asistencia ___ con asistencia; explíquelo a continuación)

Control de la vejiga:	Sabe controlar sus esfínteres ¿El campista está en un programa de control de la vejiga?	
		Sí No

Calzoncillos/Pantis	En caso afirmativo, tamaño del catéter _____
Ropa interior desechable	Horario de cambio del catéter _____
Pañales de entrenamiento	Autocolocación del catéter
Asistencia para la colocación del catéter	
Colocación del catéter por parte de un enfermero	
Pañales	Necesita asistencia (describala a continuación)
Toallas para incontinencia	Otro (enumérelo a continuación)

CONTROL INTESTINAL: ¿El campista está en un programa de control intestinal? Sí No

En caso afirmativo, brinde una explicación _____

Mace ¿Cuánto tiempo permanece sentado el campista en el inodoro? _____ Sin asistencia Con asistencia
Estimulación digital Supositorios Laxantes
Enema con punta en forma de cono (cantidad de agua _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____)
Otros (enumérelos a continuación) _____

CUIDADO PERSONAL: ¿Hasta qué punto puede el campista llevar a cabo tareas de cuidado personal? _____

Es independiente Necesita asistencia (describalo a continuación)

Mujeres: Fecha de la última menstruación _____

Ciclo irregular Ciclo normal Toallas higiénicas Tampones

OTROS TRATAMIENTOS ESPECIALES:

RESTRICCIONES

A esta persona se le aplican las siguientes restricciones.

Alimenticias

No consume carnes rojas

No consume carne de cerdo

No consume huevos

No consume gluten

No consume aves

No consume mariscos

No consume lácteos

No consume cacahuete

Otro (describalo)

Explicar cualquier restricción en las actividades _____

¿Cuál de las siguientes enfermedades ha tenido el participante?

Sarampión

Varicela

Rubeola

Mononucleosis

Paperas

Hepatitis A

Hepatitis B

Hepatitis C

Todas las vacunas requeridas para la escuela están al día. Sí NO (se adjunta carta de exención)

Fecha del último refuerzo contra el tétanos: _____

YMCA Camp Independence requiere que TODOS los formularios se completen y envíen a más tardar 3 semanas antes de que comience la sesión de su campista. Escriba sus iniciales aquí: _____

Utilice este espacio para proporcionar cualquier información adicional sobre la conducta y la salud física, emocional o mental del participante que el campamento deba conocer.

¿Sabe nadar el participante? Nada bien Necesita ayuda No sabe nadar Usa chaleco salvavidas o necesita flotadores

Nombre del médico de cabecera: _____ Teléfono _____

Dirección _____

Nombre del odontólogo/ortodoncista: _____ Teléfono _____

Dirección _____

INFORMACIÓN SOBRE LA MEDICACIÓN

Enumere todos los medicamentos que el participante toma habitualmente, incluidos los de venta libre, no recetados o recetados. Asegúrese de llevar suficiente medicación para todo el tiempo que el participante esté en el campamento. Tenga en cuenta los derrames y envíe algunas dosis más. **Los medicamentos deben estar en sus envases o frascos originales que identifiquen al médico que los receta, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración.** Los envases originales se devolverán al final de la sesión del campamento.

Nombre del medicamento Ejemplo: oxibutinina	Concentración 5 mg	Frecuencia 1 comprimido, 3 veces al día	Instrucciones especiales Triturar el comprimido y tomarlo con jugo

La información facilitada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del padre/la madre/el tutor/el campista adulto _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta: _____

FORMULARIO MÉDICO DE CAMP INDEPENDENCE
Debe estar firmado por un médico

Los padres no deben rellenar el formulario para que luego lo firme el médico; debe rellenarlo el personal médico.

Declaración del médico: He examinado a _____ y lo/a he encontrado en condiciones físicas de asistir al campamento. Entiendo que el plan de tratamiento se seguirá en el campamento, a menos que se reciban otras órdenes.

PA _____ Peso _____ Altura _____

Examen físico

Aspecto general: _____

Pulmones _____

Abdomen _____

Estado neurológico _____

Piel _____

Corazón _____

Extremidades _____

Hallazgos/limitaciones significativos observados en el examen físico:

Describa cualquier problema médico actual:

Información adicional para el personal del equipo de atención médica del campamento:

Tratamiento que deberá continuarse en el campamento:

Firma del médico _____ Fecha del examen _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Teléfono _____

Dirección _____

Firma del médico asesor revisor _____ Fecha _____