

**CAMP DEL ARCO IRIS, INC.**  
**PO Box 139**  
**Skippack, PA 19474-0139**  
**Telefono: (484) 552-3772**

**Padre o guardián:**

**Por favor complete toda la solicitud y enviarla por correo al Camp arco iris, Inc. el 31 de mayo de 2018. Por favor asegúrese de completar una solicitud por cada niño. Ninguna solicitud será aceptada a menos que todas las partes de la aplicación se hayan completado y con la verdad. La cuota de inscripción se debe incluir con la aplicación.**

**La omisión de cualquier información médica o pertinentes vitales podría resultar en que su hijo no ser aceptado o incluso enviado a casa desde el campamento. Por favor, comprenda que esta información puede preparar mejor a nuestro personal para satisfacer las necesidades de su hijo a su llegada. Cuando el campo está en sesión, puede ser muy difícil de adaptarse a las necesidades imprevistas.**

Nombre \_\_\_\_\_ del niño Fecha de nacimiento Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_

Padre / Tutor Correo electrónico \_\_\_\_\_

**CUOTA DE INSCRIPCIÓN**

Esta cuota de inscripción se basa en la participación verificable en el programa de almuerzo escolar gratis o reducido. Si usted no es un participante del programa gratis o reducido de Almuerzos Escolares, la cuota de inscripción será de \$ 100.00; Si la recepción de Reducción de Almuerzos Escolares, \$ 50.00; si se está recibiendo de almuerzo escolar gratuito, \$ 25.00. Esta información será considerada confidencial por Camp arco iris, Inc.

Por favor marque la casilla correspondiente a continuación y complete el formulario adjunto TANF. (Ayuda con la financiación para mantener su bajo costo)

Haga los cheques a nombre de: Campo del arco iris, Inc.

- Almuerzo Libre Recibidas - \$ 25.00 - Recuerde que debe suministrar su número de TANF
- Reducción del almuerzo Recibidas - \$ 50.00 - Recuerde que debe suministrar su número de TANF
- No ayuda recibida - \$ 100.00 - Finalización de forma TANF no es obligatorio.

Número de TANF (Empieza por 46): \_\_\_\_\_

**SEMANAS CAMPING**

Las fechas de la temporada 2018	Siglos	Por favor, primero Marcar / 2ª opción
Domingo por, 24 de de junio de - el viernes, 29 de de junio de	13 - 14 años	
Domingo por, Julio 1 - viernes por, 6 de julio de	11 - 12 años	
Domingo por, Julio 8 - viernes por, 13 de julio de	11 - 12 años	
Domingo por, 15 de julio de - el viernes, 20 de julio de	7 - 8 años	
<b>Domingo por, 22 de de julio de - el viernes, 27 de de julio de</b>	<b>sin campamento</b>	<b>sin campamento</b>
Domingo por, 29 de de julio de - el viernes, 3 de agosto de	15 - 16 años	
Domingo por, 5 de agosto - viernes por, 10 de agosto de	9 - 10 años de edad	
Domingo por, 12 de agosto de - el viernes, 17 de de agosto de	9 - 10 años de edad	

## CAMP DEL ARCO IRIS, INC. Compromiso con las reglas CAMP

Nuestro campamento opera bajo nuestro contrato Valor completa. Un ambiente seguro, el cuidado se crea a través de la consistencia, expectativas claras y la responsabilidad personal. Creamos este entorno en toda nuestra programación preguntando a cada participante, de estudiante a administrador, hacer: escuchar, entender y estar de acuerdo con nuestros principios rectores. Esbozado en nuestro Contrato valor y inculcado a través de la explicación, la repetición y la aplicación práctica.

Nos encontramos con que el valor del contrato completo contribuye al éxito individual y comunitaria cuando se adapta y se practica. La práctica hace al progreso.

### Valor del contrato completo

#### *La seguridad*

Mantener a nosotros mismos y entre sí físicamente y emocionalmente seguro.

#### *La valoración de los comportamientos*

Actuar y hablar de una manera que pone a la gente hacia arriba, no hacia abajo.

#### *Comentarios honesta*

Dar y recibir hormigón, reflexivo, una retroalimentación honesta.

#### *¡Déjalo ir!*

Saber cuándo hay que dejar algo ir y seguir adelante.

#### *Desafío por Elección*

Cada persona debe asumir la responsabilidad de sus propias acciones. Es su elección para participar.

**Declaración de Camper:** Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas establecidas por Camp arco iris. Me comportaré como un ciudadano responsable, y de acuerdo con el valor del contrato completo y las reglas del campo me explicó en la sesión de apertura del programa. Estoy de acuerdo que si violo cualquiera de estos reglamentos el director del campo puede restringir temporalmente mi participación en las actividades programadas, o puede optar por enviarme a casa inmediatamente en mi paternos o guardians' gasto, y sin devolución del pago de inscripción. Me permito fotografías, cintas de vídeo y entrevistas que deben tomarse durante el campo del arco iris, y para cualquier tipo de fotografías, cintas de vídeo y / o entrevistas a ser publicados y utilizados por Camp arco iris, Inc. para ilustrar, promover y publicitar el Camp y otros programas.

Signature de los campistas \_\_\_\_\_

**Padre / tutor Declaración:** Solicito que mi hijo / hija llamada por encima de ser considerado para la asistencia como una caravana en el Camp del arco iris durante una semana este verano. Entiendo que la cuota de inscripción campista es parte de un paquete completo, y que he incluido la cantidad apropiada. He leído y estoy de acuerdo con la declaración campista arriba y reglas. Entiendo perfectamente que si mi hijo viola cualquiera de las reglas del Camp, que él / ella puede ser enviado a casa, a la sola discreción del director del campo, y en mi costo. Doy permiso y consentimiento para que mi hijo participe en todas las actividades, y para permitir fotografías, cintas de vídeo y entrevistas que deben tomarse durante el campo del arco iris, y para cualquier tipo de fotografías, cintas de vídeo y / o entrevistas a ser publicados y utilizados por Camp Rainbow , Inc. para ilustrar, promover y publicitar el Camp y otros programas.

Padre / tutor Signature \_\_\_\_\_

# CAMP DEL ARCO IRIS, INC. HISTORIAL MÉDICO Y LIBERACIÓN

Con el fin de proporcionar una experiencia segura y significativa para todos los participantes, el campamento del arco iris, Inc. requiere que todos los participantes del programa a presentar esta historia médica y liberar - para ser completado y firmado por el padre / tutor. La juventud no puede ser permitido a participar en el campamento sin una versión actual, precisa en el sitio.

Por favor sea lo más detallado posible. La omisión de cualquier información médica o pertinentes vitales podría resultar en que su hijo no ser aceptado o incluso enviado a casa desde el campamento. Por favor, comprenda que esta información puede preparar mejor a nuestro personal para satisfacer las necesidades de su hijo a su llegada. Cuando el campo está en sesión, puede ser muy difícil de adaptarse a las necesidades imprevistas.

Toda la información será tratada como confidencial.

## Autorización de los padres

El abajo firmante soy el padre o tutor legal de este niño, con plena autoridad para hacer y delegar las decisiones relativas a la salud de este niño. Toda la información de salud registrados en este formulario es correcta, y no he omitido cualquier información médica necesaria para el buen cuidado de este niño. Un médico ha examinado este niño y revisado estado general de salud de este niño en los últimos 12 meses. Autorizo de Camp Rainbow, Inc. para proporcionar este niño con los primeros auxilios de rutina y para administrar medicamentos de venta con receta y sin receta como se indica en el presente documento. Autorizo campo del arco iris, Inc. para tomar decisiones médicas en nombre de este niño, incluidas las decisiones de hospitalizar a este niño, para aprobar los procedimientos médicos específicos en nombre de este niño, o para el transporte de este niño por razones médicas. Entiendo y acepto que tales decisiones serán tomadas en consulta con el personal médico cualificado si es práctico, pero que el personal de campo del arco iris, Inc. y otros agentes pueden tomar tales decisiones sin el beneficio de la consulta médica si lo consideran necesario hacerlo. Autorizo campo del arco iris, Inc. tenga acceso a los registros médicos de este niño, y para proporcionar esos registros a terceros, como Campo del arco iris, Inc. estime necesarios para facilitar el cuidado de este niño. Yo renuncio a cualquier reclamo, para mí y en nombre de este niño, contra el campamento del arco iris, Inc. y / o sus agentes, que surge en la relación con cualquiera de las actividades o decisiones autorizadas anteriormente. Una fotocopia de esta autorización firmada es tan vinculante como el original. Mi hijo puede participar en un campamento activo, el programa de campo (uno) o deportiva:

\_\_\_\_\_ Sin restricciones      \_\_\_\_\_ Con las siguientes restricciones y / o de acuerdo con las siguientes instrucciones especiales:

Imprimir Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN GENERAL Esta información es generalmente solicitado por el personal médico en caso de tratamiento de emergencia.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Emergencia persona de contacto (padre / tutor): \_\_\_\_\_

Teléfono # 1: \_\_\_\_\_ teléfono # 2: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (otros): \_\_\_\_\_

Teléfono # 1: \_\_\_\_\_ teléfono # 2: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

No dejar espacios en blanco. Si un artículo no se aplica, CIRCULAR NO. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna contra el tétanos / booster: \_\_\_\_\_

1. ¿Es participante actualmente bajo el cuidado de cualquier enfermedad o lesión? Si o no

Explique: \_\_\_\_\_

2. participante ha tenido alguna cirugía o lesiones significativas en los últimos 12 meses? Si o no

Explique: \_\_\_\_\_

3. ¿participante alguna alergia a los alimentos, las drogas o el contacto? Si o no

Lista, con las reacciones, en su caso: \_\_\_\_\_

4. ¿participante alguna discapacidad o limitación física que pueda afectar a la participación en las actividades del campamento o requieren arreglos especiales? Si o no

Explique: \_\_\_\_\_

5. ¿participante tienen ningún diagnóstico médico o psiquiátrico (por ejemplo, ansiedad, TOC, trastornos del sueño, ODD, etc.)? Si o no

Explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Es participante de cualquier medicamento (s) específico para el diagnóstico psiquiátrico? Si o no

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

7. ¿participante tiene ninguna necesidades o restricciones dietéticas médicas o religiosas? Si o no

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

8. Por favor, enumere las demás condiciones / preocupaciones que debemos tener en cuenta con el fin de satisfacer mejor las necesidades de su hijo:

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Para la seguridad de todos los participantes, es necesario que nuestros líderes adultos supervisan a los medicamentos de su hijo durante el campamento. Todo medicamento traído al campamento, la prescripción o no, se debe dejar en el cuidado de adultos durante la duración del programa. No hay medicamentos deben ser dejados en posesión del participante, excepto los que son para uso de emergencia (por ejemplo, un inhalador de rescate). Nuestra política de medicamentos completa está disponible bajo petición.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Una lista de todos los medicamentos participante toma actualmente o regularmente: \_\_\_\_\_

¿Su hijo será traer cualquier medicamento al campo? Si o no

En caso afirmativo, asegúrese de completar el formulario del plan de medicación participante por separado en la página siguiente.

**El exceso de Medicamentos de Venta**

Doy mi permiso para que mi hijo tenga los siguientes medicamentos de venta libre, o su equivalente genérico, según sea necesario durante el campamento. (No vamos a dar el exceso de medicamentos de venta libre en contra de la dirección por escrito en el envase.) INICIALES los medicamentos listados a continuación que usted aprueba.

Para dolores de cabeza / dolor:  
heno, picaduras, etc.):

\_\_\_\_\_ Tylenol (Acetaminophen)

\_\_\_\_\_ Advil (ibuprofeno)

\_\_\_\_\_ Aleve (Naproxen sódico)

Otro \_\_\_\_\_

especificar: \_\_\_\_\_

Para la reacción alérgica (fiebre del

\_\_\_\_\_ Benadryl (difenhidramina HCl)

\_\_\_\_\_ Sudafed (Pseudophedrine HCl)

\_\_\_\_\_ crema de hidrocortisona

\_\_\_\_\_ Loción de calamina

Otro \_\_\_\_\_

especificar: \_\_\_\_\_

Para el malestar estomacal, diarrea, etc:

\_\_\_\_\_ Pepto-Bismol (líquido bismuto o comprimidos)

\_\_\_\_\_ Mylanta / Leche de Magnesias (Mg / antiácidos basados Al)

\_\_\_\_\_ Tums / (antiácidos basados calcio) Roloids

\_\_\_\_\_ Imodium (loperamida)

Otro \_\_\_\_\_

especificar: \_\_\_\_\_

Para el dolor de garganta / tos:

\_\_\_\_\_ gotas para la tos / pastillas

\_\_\_\_\_ pulverización Chlorseptic (fenol)

\_\_\_\_\_ Otros

especificar: \_\_\_\_\_

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

También podemos prescindir de artículos de rutina de primeros auxilios, tales como cremas de venta sin receta antibióticos, antisépticos, lociones, lágrimas artificiales, etc. Por favor, indique aquí si hay algún niño no puede tener: \_\_\_\_\_

**Nota sobre la capacidad de concentración Medicamentos:**

Tenga en cuenta que algunas actividades pueden ser física y / o mentalmente exigente y pueden incluir los salones de clase y otras tareas que requieren atención concentrada. Por favor considere esto al hacer planes respecto a los medicamentos relacionados con la atención de su hijo para el programa.

## CAMP DEL ARCO IRIS, INC. Horario de medicamentos PARTICIPANTE

Esta página debe ser completada si su hijo va a traer los medicamentos a tomar durante el evento. Por favor, lea toda la Política de Medicamentos del campo del arco iris.

Participante: \_\_\_\_\_

Número de cabina (sólo uso campamento): \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA Y HORARIO

Para la seguridad y la salud de todos los participantes, el campamento del arco iris, la política Inc. requiere que todos los medicamentos (con receta o de venta libre) se mantuvo en posesión de los líderes adultos o personal del programa para la duración del programa. El medicamento será dispensada a su hijo en sus dosis y tiempos especificados.

El horario de la medicación habitual para el campo es (son aproximados):

**Desayuno** 7:30 am - 8:00 AM

**Almuerzo** 24:00-13:00

**Cena** 17:30-18:30

**Hora de acostarse** 21:00-22:00

Por favor, indique a continuación cuando se debe tomar la medicación (s) de su hijo. Especificar si una mediación debe ser tomada en un momento exacto, o si ha de ser determinada en un momento distinto de los enumerados anteriormente.

Necesitamos saber si su niño debe tomar cada medicamento según sea necesario o en un horario de rutina. Si marca "según sea necesario" para un medicamento dado, solo vamos a dispensar el medicamento cuando su niño lo pide. Si marca "según lo programado" para una medicación dada vamos a recordar a su hijo cada vez que se programa una dosis. Por favor marque sólo una de estas columnas para cada medicamento.

Por favor complete la siguiente información para cada medicamento que su hijo va a tomar durante la semana.

Medicación	Dosis	Veces)	instrucciones especiales	Según sea necesario	Como lo planeado

Todos los medicamentos deben ser enviados en el envase original. Nosotros preferimos que envíe sólo el número de pastillas necesarias para la semana. Si las instrucciones anteriores difieren de la etiqueta del medicamento (por ejemplo, si el médico le ha dado instrucciones a cambio de dosis, pero una nueva receta aún no se ha llenado), explique a continuación. Su firma es su autorización para dispensar medicación de acuerdo con sus instrucciones por escrito en este formulario.

Las variaciones u otras instrucciones: \_\_\_\_\_

He leído el Camp arco iris, Inc. Política de Medicamentos. Por la presente autorizo a los líderes adultos del campo del arco iris, Inc. o el personal del programa para dispensar el medicamento de mi hijo de acuerdo con el esquema anterior.

Imprimir Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CAMP DEL ARCO IRIS, INC. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Para la seguridad y la salud de todos los participantes, toda la medicación personal debe mantenerse en poder de los líderes adultos designados o personal, y se dispensa bajo su supervisión. Como resultado de ello, por favor, ser conscientes de las siguientes políticas. Estas políticas se aplican a todos los participantes.

**Un padre u otro adulto** a su vez, sobre medicamentos para adultos designados al inicio del programa o evento, y lo volverá a recibir de ellos al final del programa. Los medicamentos no serán entregados a los menores de edad a menos que un adulto supervisor está presente.

**Todos los medicamentos deben estar en botella o envase original.** Por favor, no envíe píldoras o pastillas sueltas o no identificados en los clasificadores de tipo "dosis diaria". Debemos ser capaces de identificar la mediación con el fin de prescindir de él. Preferimos que envié sólo lo suficiente de mediación para la duración del evento, pero es más importante tener contenedores etiquetados correctamente que las cantidades exactas.

**Sólo los medicamentos de emergencia,** Tal como un inhalador de rescate o epi-pen, están exentos de esta política. No hay otros medicamentos, con receta o de venta libre, han de estar en posesión del participante en cualquier momento.

Por favor, estar seguros de que sabemos de algún tipo de alergia a medicamentos o alimentos que tiene su hijo.

Los medicamentos, ya sean recetados o sin receta, sólo se dispensa de acuerdo con la etiqueta de la receta / paquete. Se requiere una declaración firmada por el padre si el medicamento se ha de dispensar contrario a la etiqueta de la receta. Se prefiere una declaración por parte del médico.

Por favor, dar instrucciones completas y claras para que todos los medicamentos, ya que sus instrucciones serán seguidas exactamente.

**Todos los medicamentos se mantiene bajo llave en todo momento.** Un miembro del personal líder adulto o programa designado distribuirá medicación de acuerdo con las pautas de dosificación necesarios. Generalmente, los medicamentos se dispensan en las comidas y antes de acostarse, a menos que se indique lo contrario.

**Si su hijo menor de edad se niega una dosis,** Le llamaremos para la dirección. No podemos forzar o coaccionar a cualquier participante que tomar medicamentos. Por favor, indique si los medicamentos de su niño ha de ser tomada en un horario de rutina o sólo cuando sea necesario / solicitaron.

**Los medicamentos de venta sin receta** Sólo se le dará a los participantes menores con permiso expreso de un padre / tutor. Es posible aprobar ciertos medicamentos de venta libre antes de que comience el programa, o le llame por el permiso, según sea necesario.

Por favor, infórmenos si la medicación de su hijo necesita ser refrigerado, y si se requiere un rango de temperatura específico.

Si su hijo requiere medicamentos inyectables, como la insulina o de otros, todas las agujas y jeringas, sean utilizadas o no, debe permanecer cerrada con medicamentos. No podemos desechar objetos cortantes infecciosa. Usted es responsable de proporcionar su propio contenedor de objetos punzantes (que vamos a mantener bloqueado para usted) y para disponer de él al final del campo. medicamentos de inyección deben ser auto-administrado - líderes adultos y el personal del programa no pueden administrar inyecciones de ningún tipo.

El personal no puede administrar medicamentos tales como supositorios o medicamentos que requeriría comprometer la privacidad de un participante. En tales casos, un miembro del personal dispensar la dosis apropiada, que el participante puede entonces auto-administrarse de forma privada, sin supervisión.

Cualquier excepción a esta política deben ser aprobados por el director del campo o del Consejo de Administración. Si usted tiene una necesidad de solicitar una excepción, por favor no dude en ponerse en contacto con el director del campo, pero también entienden que algunas excepciones no pueden concederse. Si bien queremos que su hijo participe en nuestras actividades, no estamos en el negocio médico, y puede negar la participación si sentimos que no podemos proveer adecuadamente para la salud o la seguridad de todos nuestros participantes.