



APPLICANTS NAME

STAFF / ADULT VOLUNTEER HEALTH AND MEDICAL FORM REGISTRO MEDICO Y DE SALUD

We strive to make Camp St. Francis a safe place for our campers. One way we do that is by having you complete a health history for so that we may be better prepared in the event of an emergency. The health form is kept confidential and used by our health care staff (or emergency medical personnel). Every staff and personal needs a completed health form to participate in all Camp St. Francis activities.

Camp St. Francis recommends that all staff have annual medical evaluations by a certified and licensed health-care provider. In an effort to provide better care to those who may become ill or injured and to provide the staff a better understanding of their own physical capabilities, Camp St. Francis has established minimum standards for providing medical information prior to participating in various activities. Those standards are offered below in one three-part medical form.

Parts 1 are to be completed in full. Both parts are required for participation in all activities. Medical information required includes a current health history and list of medications.

Part 2 is to be completed and signed by a certified and licensed health-care provider—physician (MD, DO), nurse practitioner, or physician’s assistant.

Please fill out this form as completely as possible.

Nos esforzamos para hacer el Camp St. Francis un lugar seguro para nuestros campistas. Una forma de hacerlo es completar una historia clínica para que podamos estar mejor preparados en caso de una emergencia. La forma de salud se mantiene confidencial y es utilizada para nuestro personal de atención de salud (o de emergencia al personal médico). Cada campista debe completar un formulario de salud al participar en todas las actividades del Camp St. Francis.

Camp St. Francis recomienda que todos los campistas y líderes sean sometidos a evaluaciones médicas anuales practicadas por un proveedor de servicios médicos certificado y con licencia. A fin de proporcionar una mejor atención a quienes puedan enfermarse o lesionarse y para proporcionar a los campistas y líderes, un mejor entendimiento de sus propias capacidades físicas, Camp St. Francis ha establecido estándares mínimos para proporcionar información médica antes de participar en varias actividades. Dichos estándares se explican a continuación en un formulario conformado por tres partes.

Partes 1 deberán ser completadas totalmente. Ambas partes son requeridas para participar en todos los actividades de Camp St. Francis. La información médica que se requiere incluye un historial medico al corriente y una lista de medicamentos. La Parte A también incluye la notificación de consentimiento y amparo de exoneración de responsabilidad, así como también una cesión de derechos.

La Parte 2 deberá ser completada y firmada por un proveedor de servicios médicos certificado y con licencia (MD, DO), enfermero(a) de práctica, o asistente medico. Por favor, llene el formulario tan completamente como sea posible. Cuanto más sabemos de antemano, más fácil será para ayudar a que tenga una experiencia exitosa en el campamento. ¡Gracias!



APPLICANTS NAME

PART 1/1° PARTE : GENERAL INFORMATION/INFORMACION GENERAL

FIRST NAME: _____ LAST NAME: _____ AGE: _____

NOMBRE _____ APELLIDO _____ EDAD _____

D.O.B : ____/____/____ GENDER: M F
FECHA DE NACIMIENTO MASCULINO FEMENINO

ADDRESS: _____
DOMICILIO

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

EMERGENCY CONTACT
CONTACTO DE EMERGENCIA

FIRST NAME: _____ LAST NAME: _____
NOMBRE APELLIDO

RELATIONSHIP: _____
RELACION

DAY PHONE: (____) _____ - _____ NIGHT PHONE: (____) _____ - _____
TELEFONO DE DIA TELEFONO DE NOCHE

DAY PHONE IS HOME WORK CELL NIGHT PHONE IS HOME WORK CELL
ESTE NUMERO ES DE CASA, TRABAJO, O CELULAR ESTE NUMERO ES DE CASA, TRABAJO, O CELULAR

FAMILY PHYSICIAN NAME: _____
NOMBRE DEL DOCTOR FAMILIAL

DAY PHONE: (____) _____ - _____ NIGHT PHONE: (____) _____ - _____
TELEFONO DE DIA TELEFONO DE NOCHE

DENTIST/ORTHODONTIST NAME: _____
NOMBRE DEL DETISTA/ORTODENTISTA

DAY PHONE: (____) _____ - _____ NIGHT PHONE: (____) _____ - _____
TELEFONO DE DIA TELEFONO DE NOCHE



APPLICANTS NAME

INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DE SEGURO MEDICO

HEALTH/ACCIDENT INSURANCE COMPANY: _____
COMPANIA DE SEGURO MEDICO/ACCIDENTAL

POLIC NUMBER: _____
NUMERO DE POLIZA

**ATTACH A PHOTOCOPY OF BOTH SIDES OF INSURANCE CARD.
IF YOU HAVE NO MEDICAL INSURANCE, STATE "NONE".**

**ANEXAR UNA FOTOCOPIA DE AMBOS LADOS DE LA TARJETA DEL SEGURO.
SI USTED NO TIENE SEGURO MEDICO, ESCRIBA "NINGUNA".**

MEDICATIONS/MEDICAMENTOS

LIST ALL MEDICATIONS CURRENTLY USED (IF ADDITIONAL SPACE IS NEEDED, PLEASE PHOTOCOPY THIS PART OF THE HEALTH FROM). INHALERS AND EPIPEN INFORMATION MUST BE INCLUDED, EVEN IF THEY ARE FOR OCCASIONAL OR EMERGENCY USE ONLY.

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USA EN LA ACTUALIDAD (SI REQUIERE ESPACIO ADICIONAL, FAVOR DE SACAR UNA FOTOCOPIA DE ESTA PARTE DEL FORMULARIO). SE DEBE INCLUIR INFORMACION SOBRE INHALADORES Y EPIPEN, INCLUSO SI SON SOLO PARA USO OCASIONAL O EN CASO DE EMERGENCIA.

MEDICATION/MEDICAMENTO: _____

STRENGTH/DOSIS: _____ FREQUENCY/FRECUENCIA: _____

REASON FOR MEDICATION/RAZON DEL MEDICAMENTO:

APPROXIMATE DATE STARTED/FECHA APROXIMADA DE INICIO:
_____ TEMPORARY/TEMPORAL PERMANENT/PERMANENTE



APPLICANTS NAME

NOTE: BE SURE TO BRING MEDICATIONS IN THE APPROPRIATE CONTAINERS, AND MAKE SURE THAT THEY ARE **NOT** EXPIRED, INCLUDING INHALERS AND EPIPENS. YOU **SHOULD NOT STOP** TAKING ANY MAINTENANCE MEDICATION

NOTA: ASEGURARSE DE TRAER LOS MEDICAMENTOS EN LOS ENVASES ADECUADOS, Y ASEGURARSE DE QUE **NO** ESTEN CADUCADOS, INCLUYENDO INHALADORES Y EPIPENS. **NO DEBE DEJAR** DE TOMAR CUALQUIER MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO.

ALLERGIES/ALERGIAS

ALLERGIES OR REACTION TO/ALERGIAS O REACCIONES A: _____

FOOD, PLANTS, OR INSECT BITES/ALIMENTOS, PLANTAS, O PICADURAS DE INSECTOS: _____

IMMUNIZATIONS/VACUNAS

PLEASE RECORD THE MONTH AND YEAR OF IMMUNIZATIONS. IF YOU DO NOT KNOW THE NO DATES OR WHETHER CAMPER HAS HAD CERTAIN IMMUNIZATIONS, SIMPLY LEAVE BLANK.

ANOTE EL MES Y EL AÑO DE LAS VACUNAS. SI USTED NO SABE LAS FECHAS O SI CAMPISTA HA TENIDO CIERTAS VACUNAS, SIMPLEMENTE DEJAR EL BLANCO.

TETANUS/TETANO ___/___
PERTUSSIS/TOS FERINA ___/___
DIPHTHERIA/DIFTERIA ___/___
MEASLES/SARAMPION ___/___
MUMPS/PAPERAS ___/___
RUBELLA/RUBELOA ___/___

POLIO/POLIO ___/___
CHICKEN POX/VARICELA ___/___
HEPATITIS A ___/___
HEPATITIS B ___/___
INFLUENZA ___/___
OTHER/OTRO ___/___



APPLICANTS NAME

PHOTO RELEASE

I HEREBY ASSIGN AND GRANT TO CAMP ST. FRANCIS THE RIGHT AND PERMISSION TO USE AND PUBLISH THE PHOTOGRAPHS, FILM, VIDEO TAPES, ELECTRONIC REPRESENTATIONS AND/OR SOUND RECORDINGS MADE OF BY CAMP ST. FRANCIS, AND I HEREBY RELEASE CAMP ST. FRANCIS FROM ANY AND ALL LIABILITY FROM SUCH USE AND PUBLICATION.

I HEREBY AUTHORIZE THE REPRODUCTION, SALE, COPYRIGHT, EXHIBIT, BROADCAST, ELECTRONIC STORAGE, AND/OR DISTRIBUTION OF SAID PHOTOGRAPHS, FILM, VIDEOTAPES, ELECTRONIC REPRESENTATIONS AND/OR SOUND RECORDINGS WITHOUT LIMITATION AT THE DISCRETION OF THE CAMP ST. FRANCIS, AND I SPECIFICALLY WAIVE ANY RIGHT TO ANY COMPENSATION I MAY HAVE FOR ANY OF THE FOREGOING.

INFORMED CONSENT AND HOLD HARMLESS/RELEASE AGREEMENT

I UNDERSTAND THAT PARTICIPATION IN CAMP ST. FRANCIS ACTIVITIES INVOLVES A CERTAIN DEGREE OF RISK. I HAVE CAREFULLY CONSIDERED THE RISK INVOLVED AND HAVE GIVEN CONSENT FOR MYSELF TO PARTICIPATE IN THESE ACTIVITIES. I UNDERSTAND THAT PARTICIPATION IN THESE ACTIVITIES IS ENTIRELY VOLUNTARY AND REQUIRES PARTICIPANTS TO ABIDE BY APPLICABLE RULES AND STANDARDS OF CONDUCT. I RELEASE CAMP ST. FRANCIS, SALESIAN SOCIETY, THE ACTIVITY COORDINATORS, AND ALL EMPLOYEES, VOLUNTEERS, RELATED PARTIES, OR OTHER ORGANIZATIONS ASSOCIATED WITH THE ACTIVITY FROM ANY AND ALL CLAIMS OR LIABILITY ARISING OUT OF THIS PARTICIPATION.

I APPROVE THE SHARING OF THE INFORMATION ON THIS FORM WITH CAMP ST. FRANCIS VOLUNTEERS AND PROFESSIONALS WHO NEED TO KNOW OF MEDICAL SITUATIONS THAT MIGHT REQUIRE SPECIAL CONSIDERATION FOR THE SAFE CONDUCTING OF CAMP ST. FRANCIS ACTIVITIES.

IN CASE OF AN EMERGENCY INVOLVING ME, I UNDERSTAND THAT EVERY EFFORT WILL BE MADE TO CONTACT THE INDIVIDUAL LISTED AS THE EMERGENCY CONTACT PERSON. IN THE EVENT THAT THIS PERSON CANNOT BE REACHED, PERMISSION IS HEREBY GIVEN TO THE MEDICAL PROVIDER SELECTED BY THE ADULT LEADER IN CHARGE TO SECURE PROPER TREATMENT, INCLUDING HOSPITALIZATION, ANESTHESIA, SURGERY, OR INJECTIONS OF MEDICATION FOR ME OR MY CHILD. MEDICAL PROVIDERS ARE AUTHORIZED TO DISCLOSE TO THE ADULT IN CHARGE EXAMINATION FINDINGS, TEST RESULTS, AND TREATMENT PROVIDED FOR PURPOSES OF MEDICAL EVALUATION OF THE PARTICIPANT, FOLLOW-UP AND COMMUNICATION WITH THE PARTICIPANT'S PARENTS OR GUARDIAN, AND/OR DETERMINATION OF THE PARTICIPANT'S ABILITY TO CONTINUE IN THE PROGRAM ACTIVITIES.

FORMULARIO DE CESIÓN DE DERECHOS

POR ESTE CONDUCTO ASIGNO Y OTORGO A CAMP ST. FRANCIS EL DERECHO Y PERMISO PARA USAR Y PUBLICAR LAS FOTOGRAFÍAS, PELÍCULAS, VIDEOCINTAS, PRESENTACIONES ELECTRÓNICAS Y GRABACIONES DE SONIDO DE MÍ O MI HIJO REALIZADAS POR CAMP ST. FRANCIS, Y POR ESTE MEDIO EXONERO A CAMP ST. FRANCIS DE CUALQUIER Y TODA RESPONSABILIDAD POR DICHO USO Y PUBLICACIÓN.

POR ESTE CONDUCTO AUTORIZO LA REPRODUCCIÓN, VENTA, DERECHOS RESERVADOS, EXHIBICIÓN, TRANSMISIÓN, ALMACENAMIENTO ELECTRÓNICO Y DISTRIBUCIÓN DE DICHAS FOTOGRAFÍAS, PELÍCULAS, VIDEOCINTAS, REPRESENTACIONES ELECTRÓNICAS Y GRABACIONES DE SONIDO SIN LIMITACIÓN A DISCRECIÓN DE CAMP ST. FRANCIS, Y ESPECÍFICAMENTE RENUNCIO A CUALQUIER DERECHO DE COMPENSACIÓN ALGUNA QUE PUEDA TENER POR CUALQUIERA DE LO ANTERIOR

NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y AMPARO/ CONVENIO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

ENTIENDO QUE LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE CAMP ST. FRANCIS IMPLICA UN CIERTO GRADO DE RIESGO. HE CONSIDERADO CUIDADOSAMENTE EL RIESGO IMPLICADO Y HE DADO EL CONSENTIMIENTO PARA MÍ MISMO O MI HIJO DE PARTICIPAR EN DICHAS ACTIVIDADES. ENTIENDO QUE LA PARTICIPACIÓN A DICHAS ACTIVIDADES ES COMPLETAMENTE VOLUNTARIA Y REQUIERE QUE LOS PARTICIPANTES SIGAN LAS REGLAS Y ESTÁNDARES DE CONDUCTA PERTINENTES. EXIMO A CAMP ST. FRANCIS, A SALESIAN SOCIETY, A LOS COORDINADORES DE LA ACTIVIDAD Y A TODOS LOS EMPLEADOS, VOLUNTARIOS, GRUPOS INVOLUCRADOS U OTRAS ORGANIZACIONES ASOCIADAS CON LA ACTIVIDAD, DE CUALQUIER Y TODA RECLAMACIÓN O RESPONSABILIDAD QUE SURJA A RAÍZ DE ESTA PARTICIPACIÓN.

APRUEBO QUE SE COMPARTA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO CON LOS VOLUNTARIOS DE CAMP ST. FRANCIS Y PROFESIONALES QUE NECESITEN TENER CONOCIMIENTO DE CONDICIONES MÉDICAS QUE PUEDAN REQUERIR CONSIDERACIÓN ESPECIAL PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE CAMP ST. FRANCIS DE MANERA SEGURA.

EN CASO DE QUE YO O MI HIJO NOS VEAMOS INVOLUCRADOS EN UN CASO DE EMERGENCIA, ENTIENDO QUE SE HARÁ TODO LO POSIBLE PARA CONTACTAR AL INDIVIDUO MENCIONADO COMO PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA. EN EL CASO DE QUE DICHA PERSONA NO PUEDA SER LOCALIZADA, POR ESTE MEDIO OTORGO PERMISO AL PROVEEDOR DE SERVICIOS MEDICOS SELECCIONADO POR EL LÍDER ADULTO A CARGO PARA ASEGURAR QUE SE PROPORCIONE EL TRATAMIENTO ADECUADO, INCLUYENDO HOSPITALIZACIÓN, ANESTESIA, CIRUGÍA O INYECCIONES DE MEDICAMENTOS PARA MÍ O MI HIJO. LOS PROVEEDORES MÉDICOS ESTÁN AUTORIZADOS A COMPARTIR CON EL ADULTO A CARGO LOS HALLAZGOS, RESULTADOS DE EXÁMENES Y TRATAMIENTO PROPORCIONADO PARA EL PROPÓSITO DE EVALUACIÓN MÉDICA DEL PARTICIPANTE, SEGUIMIENTO Y COMUNICACIÓN CON LOS PADRES O TUTORES DEL PARTICIPANTE, Y DETERMINACIÓN DE LA HABILIDAD DEL PARTICIPANTE DE CONTINUAR EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA.



_____ APPLICANTS NAME

PART 2/2° PARTE

TO BE COMPLETED BY A CERTIFIED AND LICENSED HEALTH CARE PROFESSIONAL

<p>The following non-prescription medications are commonly stocked in camp Health Centers and are used on an <u>as needed</u> basis to manage illness and injury. Medical personnel: Cross out those items the camper should not be given.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Acetaminophen (Tylenol)</td> <td style="width: 50%;">Calamine lotion</td> </tr> <tr> <td>Ibuprofen (Advil, Motrin)</td> <td>Bismuth subsalicylate (Pepto-Bismol)</td> </tr> <tr> <td>Phenylephrine (Sudafed PE)</td> <td>Laxatives for constipation (Ex-Lax)</td> </tr> <tr> <td>Pseudoephedrine (Sudafed)</td> <td>Hydrocortisone 1% cream</td> </tr> <tr> <td>Chlorpheniramine maleate</td> <td>Topical antibiotic cream</td> </tr> <tr> <td>Guafenesin</td> <td>Calamine lotion</td> </tr> <tr> <td>Dextromethorphan</td> <td>Aloe</td> </tr> <tr> <td>Diphenhydramine (Benadryl)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Generic cough drops</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chloraseptic (Sore throat spray)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lice shampoo or scabies cream (Nix or Elmitre)</td> <td></td> </tr> </table>	Acetaminophen (Tylenol)	Calamine lotion	Ibuprofen (Advil, Motrin)	Bismuth subsalicylate (Pepto-Bismol)	Phenylephrine (Sudafed PE)	Laxatives for constipation (Ex-Lax)	Pseudoephedrine (Sudafed)	Hydrocortisone 1% cream	Chlorpheniramine maleate	Topical antibiotic cream	Guafenesin	Calamine lotion	Dextromethorphan	Aloe	Diphenhydramine (Benadryl)		Generic cough drops		Chloraseptic (Sore throat spray)		Lice shampoo or scabies cream (Nix or Elmitre)		<p>Medical Personnel: Please review and complete all remaining sections of this form. Attach additional information if needed.</p> <hr/> <p>Physical exam done today: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If "No," date of last physical: _____) Month/Day/Year</p> <p>ACA accreditation standards specify physical exam within the last 24 months.</p> <p>Weight: _____ lbs Height: _____ ft _____ in Blood Pressure: _____ / _____</p> <p>Allergies: <input type="checkbox"/> No Known Allergies</p> <p><input type="checkbox"/> To foods (list):</p> <p><input type="checkbox"/> To medications: (list):</p> <p><input type="checkbox"/> To the environment (insect stings, hay fever, etc. – list):</p> <p><input type="checkbox"/> Other allergies: (list):</p> <p>Describe previous reactions:</p>
Acetaminophen (Tylenol)	Calamine lotion																						
Ibuprofen (Advil, Motrin)	Bismuth subsalicylate (Pepto-Bismol)																						
Phenylephrine (Sudafed PE)	Laxatives for constipation (Ex-Lax)																						
Pseudoephedrine (Sudafed)	Hydrocortisone 1% cream																						
Chlorpheniramine maleate	Topical antibiotic cream																						
Guafenesin	Calamine lotion																						
Dextromethorphan	Aloe																						
Diphenhydramine (Benadryl)																							
Generic cough drops																							
Chloraseptic (Sore throat spray)																							
Lice shampoo or scabies cream (Nix or Elmitre)																							
<p>Diet, Nutrition: <input type="checkbox"/> Eats a regular diet. <input type="checkbox"/> Has a medically prescribed meal plan or dietary restrictions:(describe below)</p>																							
<p>The counselor/volunteer is undergoing treatment at this time for the following conditions: (describe below) <input type="checkbox"/> None.</p>																							
<p>Medication: <input type="checkbox"/> No daily medications. <input type="checkbox"/> Will take the following prescribed medication(s) while at camp: (name, dose, frequency—describe below)</p>																							
<p>Other treatments/therapies to be continued at camp: (describe below) <input type="checkbox"/> None needed.</p>																							
<p>Do you feel that the counselor/volunteer will require limitations or restrictions to activity while at camp? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">If you answered "Yes" to the question above, what do you recommend? (describe below – attach additional information if needed)</p>																							
<p>"I have reviewed and discussed the camp program with the counselors/volunteers parent(s)/guardian(s). It is my opinion that the counselor/volunteer is physically and emotionally fit to participate in an active camp program (except as noted above.)"</p> <p>Name of licensed provider (please print): _____ Signature: _____ Title: _____</p> <p>Office Address _____ <small>Street City State Zip Code</small></p> <p>Telephone: (____) _____ Date: _____</p>																							
<p>Copyright 2014 by American Camping Association, Inc. Rev. 1/14 LEE/EAW</p>																							

Middle _____ Last _____ (For Camp Use) Cabin or Group _____ (For Camp Use) Session Code(s): _____



<hr/> APPLICANTS NAME

I UNDERSTAND THAT, IF ANY INFORMATION I/WE HAVE PROVIDED IS FOUND TO BE INACCURATE, IT MAY LIMIT AND/OR ELIMINATE THE OPPORTUNITY FOR PARTICIPATION IF ANY EVENT OR ACTIVITY.

ENTIENDO QUE, SI CUALQUIER INFORMACION QUE YO/NOSOTROS HAYAMOS PROPORCIONADO ES FALSA, PUEDE LIMITAR O ELIMINAR LA OPORTUNIDAD DE PARTICIPACION EN CUALQUIER EVENTO O ACTIVIDAD.

STAFF OR VOLUNTEER NAME/NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

STAFF OR VOLUNTEER SIGNATURE

DATE/FECHA: _____

**SEND TO/ENVIE POR CORREO A:
CAMP ST. FRANCIS STAFF /
VOLUNTEER APPLICATION
ATTN: PROGRAM DIRECTOR**

**BEFORE JUNE 1/ANTES DE 1 DE JUNO:
P.O BOX 4398
DOWNEY, CA 90241**