

Incarnation Camp

A : PO Box 577, Ivoryton, CT 06442

PAG : 860-767-0848 mi: Healthcenter@incarnationcamp.org

F : 860-767-8432

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL PERSONAL

Nombre completo :

Fecha de nacimiento : / /

Género :

Edad en el campamento:

DIRECCIÓN

Ciudad Estado Cremati
era



Un miembro del personal con una enfermedad crónica o condición médica puede poseer y autoadministrarse medicamentos recetados para la enfermedad o condición si el miembro del personal (o si el miembro del personal tiene menos de 18 años, un padre/tutor) ha presentado una autorización por escrito al enfermero del campamento. La autorización por escrito debe presentarse anualmente y debe incluir la siguiente información:

1. Una declaración del médico de que el miembro del personal tiene una enfermedad o condición médica aguda o crónica para la cual se ha recetado medicación.
2. La naturaleza de la enfermedad o condición médica que requiere la administración de emergencia de la medicación recetada.
3. El miembro del personal ha sido instruido sobre cómo autoadministrarse la medicación recetada.
4. El médico ha autorizado al miembro del personal a poseer y autoadministrarse la medicación recetada.
5. Si el miembro del personal tiene menos de 18 años, el padre/tutor ha autorizado al miembro del personal a poseer y autoadministrarse la medicación recetada.

Esta sección del formulario es solo para miembros del personal que deben llevar consigo epi-pens u otros medicamentos de emergencia.

PERMISO PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (SI ES NECESARIO)

Condición médica

Alergias a medicamentos

Medicamento

Dosis/Tiempo/Intervalo

El miembro del personal ha recibido instrucciones sobre cómo autoadministrarse y está autorizado, tal como se firma a continuación, para autoadministrarse el medicamento recetado.

Firma del médico Nombre impreso del médico Fecha

El miembro del personal acepta la responsabilidad legal por el transporte seguro de su propia medicación hacia y desde el campamento. La enfermera del campamento puede comunicarse con el médico del miembro del personal si tiene preguntas sobre el uso de este medicamento. Es responsabilidad del miembro del personal mantener un suministro del medicamento para sí mismo.

Firma del miembro del personal Nombre impreso del miembro del personal Fecha

Si el miembro del personal es menor de 18 años, el padre/tutor acepta la responsabilidad legal por el transporte seguro de los medicamentos del miembro del personal hacia y desde el campamento. La enfermera del campamento puede comunicarse con el médico del miembro del personal si tiene preguntas sobre el uso de este medicamento. Es responsabilidad del padre/tutor mantener un suministro de medicamentos para el miembro del personal.

Firma del Padre / Tutor Nombre impreso del padre/tutor Fecha



Devuelva este formulario a la oficina del Centro de Salud cargándolo en CampBrain, correo electrónico, fax o correo postal.

Incarnation Camp

A: PO Box 577, Ivoryton, CT 06442

PAG: 860-767-0848 mi: Healthcenter@incarnationcamp.org

F: 860-767-8432

Nombre del miembro del personal

REGISTRO DE EXAMEN DE SALUD POR PERSONAL MÉDICO LICENCIADO PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN:

En mi opinión, el solicitante anterior es no es capaz de participar en un programa de campamento activo.

PA Peso Altura

Tenga en cuenta cualquier condición o hallazgo que se considere anormal o que requiera seguimiento médico.

Medicamentos que se toman

Enumere todos los medicamentos recetados que toma de forma rutinaria. Conservar en el envase/frasco original que identifique al médico que lo recetó, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración

MEDICO #1	Dosis	Razón
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MEDICO #2	Dosis	Razón
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MEDICO #3	Dosis	Razón
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identifique cualquier medicamento que haya tomado durante el otoño hasta la primavera únicamente

Recomendaciones y Restricciones en el Campamento

El tratamiento continuará en el campamento.

Restricciones dietéticas (incluida la intolerancia a la lactosa)
alergias

Cualquier limitación o restricción de las actividades del campamento.

Los miembros del personal no serán admitidos en el campamento sin un formulario de salud firmado por personal médico autorizado.

Dirección del personal médico autorizado	<input type="text"/>		
Título	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

Firma del personal médico autorizado

Nombre impreso del personal médico autorizado

Fecha



Devuelva este formulario a la oficina del Centro de Salud cargándolo en CampBrain, correo electrónico, fax o correo postal.

Incarnation Camp

A: PO Box 577, Ivoryton, CT 06442

PAG: 860-767-0848 mi: Healthcenter@incarnationcamp.org

F: 860-767-8432

Nombre del miembro del personal

REGISTRO DE EXAMEN DE SALUD POR PERSONAL MÉDICO LICENCIADO PARA SER LLENADO POR EL MEDICO

EXAMEN FECHA DEL ÚLTIMO:

En mi opinión, el solicitante anterior es no es capaz de participar en un programa de campamento activo.

Pensilvania

Peso

Altura

Tenga en cuenta cualquier condición o hallazgo que se considere anormal o que requiera seguimiento médico.

Medicamentos que se toman

Enumerar todos los medicamentos recetados que toma de forma rutinaria. Conservar en el envase/frasco original que identifique al médico que lo recetó, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración

MÉDICO #1	<input type="text"/>	dosis	<input type="text"/>	razon	<input type="text"/>
MÉDICO #2	<input type="text"/>	dosis	<input type="text"/>	razon	<input type="text"/>
MÉDICO #3	<input type="text"/>	dosis	<input type="text"/>	razon	<input type="text"/>

Identifique cualquier medicamento que haya tomado durante el otoño hasta la primavera únicamente

Recomendaciones y Restricciones en el Campamento

El tratamiento seguirá en el campamento.

Restricciones dietéticas (incluida la intolerancia a la lactosa)

alergias

Cualquier limitación o restricción de las actividades del campamento.

Los miembros del personal no serán admitidos en el campamento sin un formulario de salud firmado por personal médico autorizado.

Dirección del médico personal autorizado

título

Telefono

Correo electrónico

Fax

Firma del médico personal autorizado

Nombre impreso del personal medico autorizado

Fecha

