

# LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS CAMPISTAS DEL CAMP LEAP DE ASDB

---

EL CAMP LEAP DE ASDB ES PARA CUALQUIER ADOLESCENTE SORDO, CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SORDO-CIEGO, ENTRANDO AL 8-12 GRADO EL SIGUIENTE OTOÑO.

POR FAVOR ASEGURASE QUE TODOS LOS ARTÍCULOS A CONTINUACIÓN SEAN ENTREGADOS ANTES DE LA FECHA LÍMITE DE LAS INSCRIPCIONES PARA DETENER EL LUGAR DE SU HIJO EN EL CAMPAMENTO.

LAS INSCRIPCIONES NO SE ACEPTARÁN/COMPLETE SI ESTOS ARTÍCULOS NO ESTÁN COMPLETAMENTE LLENADOS Y ENTREGADOS.

## LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LAS INSCRIPCIONES

- ✓ EL FORMULARIO DE LA INSCRIPCIÓN (EN LÍNEA O PAPEL)
- ✓ EL FORMULARIO DEL EXAMEN FÍSICO Y EL REGISTRO DE MEDICINAS (LLENADO POR EL MÉDICO DEL CAMPISTA)
  - TOME EN CUENTA: NO SE PERMITIRÁ LA ASISTENCIA DE SU HIJO SIN UN FORMULARIO ACTUALIZADO DEL EXAMEN FÍSICO
- ✓ \$200 PARA LA CUOTA DE LA INSCRIPCIÓN
  - EL DINERO EN EFECTIVO ~ SI LO VA ENTREGAR CON EL PAQUETE DE LA INSCRIPCIÓN EN CUALQUIER INSTALACIÓN
  - CHEQUE O GIRO POSTAL A NOMBRE DE "ASDB" para "Camp LEAP"
    - ENVIÉ CUALQUIER MATERIAL DE LA INSCRIPCIÓN A:

ASDB  
C/O JENNIFER HENSLEY, DIRECTOR OF DEAF PROGRAMS  
800 W. WASHINGTON ST. SUITE 539  
PHOENIX, AZ 85007

## INSCRÍBASE PARA EL 8 DE MAYO DEL 2020

LA LLEGADA – LOS CAMPISTAS DEBEN SER DEJADOS EN EL BERGER PERFORMING ARTS CENTER (BPAC, por sus siglas en inglés) DE ASDB A LAS **3PM EL DOMINGO 7 DE JUNIO DEL 2020**. TENDRÁ QUE ESPERAR EN EL VESTÍBULO CON SU HIJO SI LLEGA TEMPRANO YA QUE EL PERSONAL ESTARÁ EN UN ENTRENAMIENTO HASTA LAS 3PM.

LA SALIDA – LA RECOGIDA DE LOS CAMPISTAS ES ENTRE **10AM-12PM EL VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020** EN LA 1200 W. SPEEDWAY BLVD., TUCSON, AZ 85745 Y AQUELLOS TOMANDO EL AUTOBÚS DE ASDB LLEGARAN AL SITIO DE RECOGIDA APROXIMADAMENTE ENTRE 12-1PM.

ENVIÉ SUS PREGUNTAS O COMENTARIOS A JENNIFER HENSLEY, [JENNIFER.HENSLEY@ASDB.AZ.GOV](mailto:JENNIFER.HENSLEY@ASDB.AZ.GOV), 602-771-5255 (VOZ) O 602-551-8582 (VIDEOTELEFONO).

HABRÁ TRANSPORTE ACORDADO DE LA RECOGIDA/DEJADA PROPORCIONADA EN VARIAS UBICACIONES ALREDEDOR DE ARIZONA SI ES NECESARIO. INDIQUE LA REGIÓN PREFERIDA EN EL FORMULARIO DE LA INSCRIPCIÓN PARA REGISTRARSE E INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA HORA Y LA UBICACIÓN SERÁ ENVIADA DESPUÉS.

# LA SOLICITUD DEL CAMPISTA PARA EL CAMP LEAP DE ASDB

---

EL NOMBRE DEL CAMPISTA (APELLIDO, PRIMER, SEGUNDO) \_\_\_\_\_ NOMBRE PREFERIDO \_\_\_\_\_

---

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCUELA QUE ASISTE \_\_\_\_\_

SEXO: MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_ GRADO (OTOÑO 2020) \_\_\_\_\_

TALLA DE CAMISETA – (TALLA ADULTO) XS S M L XL 2XL 3XL

TELÉFONO DE CASA/VIDEOTELÉFONO \_\_\_\_\_

EL CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

¿CÓMO SUPO DE NOSOTROS? ESCUELA EN LÍNEA AMIGOS OTROS

---

## INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

---

NOMBRE DE LOS PADRES/TUTORES \_\_\_\_\_

---

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

---

LA CLAVE DE LADA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL DÍA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE NOCHE \_\_\_\_\_

---

## PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR LA SALIDA DEL CAMPISTA, SI DIFERENTE DEL PADRE/TUTOR

---

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO/CORREO ELCTRÓNICO/VIDEOTELÉFONO \_\_\_\_\_

---

## EL CONTACTO DE EMERGENCIA (1)

---

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

---

LA CLAVE DE LADA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE DÍA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE NOCHE \_\_\_\_\_

---

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ (CIUDAD) \_\_\_\_\_ (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL) \_\_\_\_\_

---

## EL CONTACTO DE EMERGENCIA (2)

---

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

---

LA CLAVE DE LADA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE DÍA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE NOCHE \_\_\_\_\_

---

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ (CIUDAD) \_\_\_\_\_ (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL) \_\_\_\_\_

---

## LA INFORMACIÓN GENERAL

¿Ha asistido el campista a algún campamento anteriormente? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si es así, Nombre de los campamentos:

Describe las habilidades de natación del campista (Ninguno/Principiante, Intermedio, Avanzado):

Brevemente describa la experiencia de transición del campista (ejemplo, trabaja con un consejero vocacional, trabaja con los padres en las habilidades de la vida, asiste a un programa vocacional, etc.)

Información adicional sobre el campista que debemos saber:

La lengua primaria del campista: ASL, inglés, español

La lengua secundaria del campista: ASL, inglés, español

Describe el uso de lenguaje en casa por el campista (ejemplo, señas apoyadas con el habla, la comunicación oral o con señas):

¿El campista usa la tecnología asistida (ejemplo, audífonos, implante coclear o Baha)? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

---

## LA TRANSPORTACIÓN

Habrán ubicaciones de la dejada/levantada alrededor de Arizona para los padres/tutores que no pueden proporcionar el transporte para los campistas de/desde las instalaciones en Tucson de ASDB. En preparación para la programación del transporte a sitios remotos, indique la región que le gustaría dejar y/o recoger a su hijo:

La dejada (el 7 de junio del 2020)	La recogida (el 19 de junio del 2020)
Flagstaff	Flagstaff
Phoenix	Phoenix
Yuma	Yuma

**Tome en cuenta: Será contactado con las horas específicas de la dejada/recogida ya que se finalicen.**

## EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES

El nombre del campista \_\_\_\_\_ El nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_

### LA AUTORIZACIÓN PARA LOS CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

Doy/Damos permiso al Camp LEAP de ASDB de llamar al médico o al servicio médico de emergencia y para que el médico, hospital o el servicio médico de proporcionar los cuidados médicos o quirúrgicos para mi hijo (nombre) \_\_\_\_\_, en caso de que surja una emergencia. Se entiende que el Camp LEAP de ASDB hará un esfuerzo concienzudo para ubicar a los padres, y/o cualquier contacto de emergencia enumerada en este formulario antes de tomar cualquier acción. Yo/Nosotros aceptáremos los gastos de los tratamientos médicos o quirúrgicos.

Las firmas de los padres/tutores legales y la fecha

### LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA

Los siguientes medicamentos que no requieren receta médica pueden ser surtidos por el personal del Camp LEAP y son usados según sea necesario para el manejo de una enfermedad o lesión. **Cualquier otro medicamento sin receta y todos los medicamentos con receta deben ser incluidos en los formularios médicos del campista.**

**Acetaminofén (Tylenol)**  
**Difenidramina antihistamínico/medicamento para la alergia (Benadryl)**  
**Ibuprofeno (Advil, Motrin)**

### EL PERMISO DE LAS PELÍCULAS

Por la presente doy/damos permiso para ver películas durante el campamento. Puede ver (marque todas las que apliquen):

'G' \_\_\_\_, 'PG' \_\_\_\_, 'PG-13' \_\_\_\_

### EL CONSENTIMIENTO DE LA TOMA Y EL USO DE LAS FOTOGRAFÍAS

Por la presente doy/damos permiso para que tomen fotografías de nuestro hijo durante las actividades del Camp LEAP de ASDB, y para el uso razonable de publicaciones (ejemplo, folleto, sitio web, etc.) relacionadas a la promoción positiva del programa del Camp LEAP de ASDB.

\_\_\_\_\_  
Las firmas de los padres/tutores legales y la fecha

### LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR O EXCLUIR LA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE TRANSICIÓN DEL CAMPAMENTO DE ASDB

Por la presente doy/damos permiso para mi hijo de ir en viajes de estudios fuera de las instalaciones del Camp LEAP de ASDB, ya sea a pie o en un vehículo autorizado con el conductor y un acompañante. Doy permiso para que mi hijo participe en todas las actividades del Camp LEAP de ASDB.

Las firmas de los padres/tutores legales y la fecha

### EL ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN (RENUNCIA)

Acuerdo/Acordamos de indemnizar, liberar de toda responsabilidad y defender a Camp LEAP de ASDB y sus respectivos empleados, agentes y representantes de y en contra de cualquiera y toda responsabilidades, reclamos o demandas que pueden ser afirmadas en contra cualquiera o todas de estas en conexión con la participación de nuestro campista en el Camp LEAP de ASDB. Esto incluye liberar de toda responsabilidad a Camp LEAP de ASDB por cualquier lesión que le pueda ocurrir a nuestro campista mientras viajando hacia las instalaciones del Camp LEAP de ASDB o mientras regresando del Camp LEAP de ASDB a casa.

Las firmas de los padres/tutores legales y la fecha

Nombre del solicitante

Fecha de nacimiento

Masculino:

Femenino:

# El Examen del Médico

El formulario de la salud 

Este examen debe realizarse dentro de los 12 meses de su llegada al campamento. El examen para algún otro propósito dentro de este periodo es aceptable. El examen es para determinar la aptitud para participar en la actividades adaptivas modificadas en el campamento.

Estatura	Peso	Pulso	Presión Sanguínea	Examen de hematocrito/hemoglobina	Análisis de orina
----------	------	-------	-------------------	-----------------------------------	-------------------

Por favor clasifique lo siguiente:

V-Satisfactorio

X-No Satisfactorio

□-No Examinado

Ojos	Oídos	Nariz	Garganta	Pulmones	Corazón	Abdomen	Genitales	Hernia	Extremidades	Postura	Piel	Neuro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Audición**  
marque uno

Oído Derecho	<input type="checkbox"/>	Oído Izquierdo	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	----------------	--------------------------

**Visión**  
Marque uno

Totalmente Ciego	<input type="checkbox"/>	Legalmente Ciego	<input type="checkbox"/>	Baja Visión	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

## Opinión General

Por favor, dirija cualquier inquietud de lo anterior.

## Alergias

Por favor haga una lista de todas las alergias conocidas y la reacción del alérgeno del solicitante

## Vacunas

Fecha de la última vacuna del tétano

¿Las vacnas están al corriente?

Sí:

No:

## Problemas y tratamientos médicos actuales

Por favor adjunte páginas adicionales si es necesario.

## Discapacidad Principal

## Discapacidad Secundaria

Nombre del solicitante

Fecha de nacimiento

Masculino:                      Femenino:

**Convulsiones**

Por favor incluya el tipo de convulsiones, duración y frecuencia típica, y si se conoce lo que los provoca o las instrucciones específicas del cuidado de las convulsiones.

[Empty text box for Convulsiones]

**Cardiovascular**

Arritmia, hipertension (alta presión sanguínea), marcapasos, oxígeno, etc.

[Empty text box for Cardiovascular]

**Neuromuscular**

Paralisis o perdida del funcionamiento de musculos.

[Empty text box for Neuromuscular]

**Recomendaciones**

Haga lista de cualquier restricción del solicitante en el campamento.

[Empty text box for Recomendaciones]

**Otras inquietudes/  
comentarios adicionales**

Sonda de alimentación, la frecuencia de alimentación, ostomía, la succión u otra asistencia necesaria

[Empty text box for Otras inquietudes/comentarios adicionales]

¿Se le permite al paciente de estar a una elevación de 7,000 pies?    Sí     No

He examinado a la persona aquí descrita y he revisado el historial médico. Es mi opinión que esta persona es físicamente capaz de participar en las actividades del campamento, excepto como se indicó anteriormente.

Examiné al solicitante hoy    Si     No

Si no, fecha del examen

Nombre del doctor

Firma

Información de contacto

Fecha



# El registro de medicamentos del campista



**El registro de medicamentos:** Por favor llene y devuelva ambas formas totalmente completadas con la firma del médico. Cualquier medicamento sin receta considerada necesaria por el médico debe de estar en una lista en este registro de medicamentos o no serán administradas.

Nombre completo del solicitante	Fecha de nacimiento
---------------------------------	---------------------

Medicamentos (mq)	Cantidad administrada	La hora que se administra(especifique)	Instrucciones especiales

Nombre del médico	Firma
-------------------	-------

Información de contacto
-------------------------