



Solicitud para el Campamento Easy Breathers 2025

Fecha límite para enviar todos los formularios: 16 de mayo de 2025

La importancia de completar todos los formularios del campamento

La salud de su niño es importante para nosotros. Los formularios requeridos por el Campamento Easy Breathers son necesarios para la protección de su niño. ¡La información proporcionada en estos formularios debe estar completa, ser precisa y legible! Si se requiere atención de emergencia, este es el primer lugar al que se referirá el personal de atención médica.

Las siguientes páginas contienen los formularios que se deben llenar y devolver para completar la solicitud para que su niño esté en el campamento. Asegúrese de completar todas las preguntas lo mejor que pueda. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completarlas, llámenos.

Es necesario que tengamos todos los formularios completos antes de que comencemos a revisar la elegibilidad de su niño para el campamento. Consulte previamente la Guía para asistentes al campamento que se encuentra en nuestra página web antes de completar este paquete de formularios.

¡Gracias nuevamente por su interés en nuestro campamento y esperamos conocerlo a usted y a su niño!

Algunos puntos importantes a recordar:

- Preste especial atención a la información de "Contacto de emergencia". Recuerde utilizar los códigos de área, que ahora son necesarios para realizar llamadas.
- No omita ningún dato. Este es un momento en el que es preferible tener "demasiada información".
- Por último, asegúrese de firmar y fechar todos los formularios.

Necesitaremos los siguientes formularios junto con su solicitud:

- Plan de acción actual contra el asma
- Plan de acción de emergencia contra la anafilaxia (si a su hijo se le ha recetado un EpiPen)
- Copia del seguro del campista
- Copia de las vacunas (solo si el niño no asiste a la escuela pública)

La elegibilidad para la selección para asistir al Campamento Easy Breathers está condicionada a la finalización de todos los formularios, exenciones y solicitudes contenidos en este documento; el mantenimiento y la provisión de una copia de la tarjeta de seguro médico del campista, y el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos de estos documentos, las políticas y procedimientos del Campamento Easy Breathers y la ley aplicable. El Campamento Easy Breathers se reserva el derecho de verificar o volver a verificar la precisión e integridad de dicha información.

Instrucciones para completar un formulario rellenable en PDF

Lea las siguientes instrucciones para completar correctamente un formulario PDF rellenable:

- Use únicamente la última versión de Adobe Reader para completar formularios PDF rellenables. Las versiones gratuitas de Adobe Reader para Macintosh y Windows están disponibles en get.adobe.com/reader/
- Antes de completar el documento, guarde el formulario (en formato PDF) en una ubicación de su computadora. (Ejemplo: Escritorio o Documentos).
 - Instrucciones: Haga clic derecho en el formulario y haga clic en "Guardar como".
 - Guárdelo en su Escritorio o Documentos.
- Una vez que haya guardado el formulario en su computadora, estará listo para completarlo.
- Abra el formulario rellenable que guardó.
 - Complete los campos utilizando el autocompletado de contenido. Haga clic en un campo de texto y comience a escribir su respuesta.
 - Presione la tecla tabulador(Tab) para pasar de un campo a otro. Para agregar una marca de verificación, pase el cursor sobre la ubicación correcta en el documento y haga clic una vez.
- Una vez que haya completado el formulario, guarde una versión final del archivo en su computadora.
- Cuando esté listo, no olvide adjuntar el formulario rellenable.
- Algunos formularios tienen un botón "Enviar" integrado que le permitirá enviar el formulario por correo electrónico directamente desde el formulario. Estos formularios se adjuntarán automáticamente a su correo electrónico cuando haga clic en el botón Enviar.
- No complete el formulario en línea con su navegador web; sus datos NO se guardarán. Guárdelo primero en su computadora y luego complételo. Guarde su información una vez más antes de finalizar el envío por correo electrónico.

Adjunte el formulario guardado a su correo electrónico.

El archivo se puede enviar por correo electrónico a aracely.bigelow@dchstx.org



INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño: _____ Prefiere que lo llamen: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Femenino Masculino Edad en el campamento: _____
Grado actual (o grado anterior reciente): _____ ¿Su hijo ha asistido al campamento Easy Breathers antes? Sí No
Si respondió que sí, ¿cuántas veces?: _____ Nombre del padre/tutor: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ (celular): _____ Correo electrónico: _____
¿Existen restricciones de custodia o visitas? Sí No Si respondió que sí, explique: _____

Si usted no está disponible en caso de emergencia, notifique: (Esto debe completarse. Asegúrese de que el contacto esté disponible durante la semana del campamento)

Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del médico del niño: _____ Teléfono: _____
¿Su hijo actualmente ve a un especialista en asma? Sí No Si respondió que sí, ¿qué tipo? Alergista Neumólogo No sé/no recuerdo
Nombre del médico del asma del niño: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Debe proporcionar una copia de la tarjeta del seguro.

¿Qué tipo de seguro médico tiene su niño? Seguro privado Medicaid Otro Ninguno No sé
Nombre del plan de seguro médico: _____ Número de póliza o grupo: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Su niño tiene alguno de los siguientes? (marque todas las que correspondan)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o sustancias | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger | <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Autolesión |
| <input type="checkbox"/> Enuresis | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Síncope/desmayos |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Agresión verbal o física |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno negativista desafiante | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Su niño puede funcionar al nivel de su edad? Sí No ¿Su niño necesita ayuda para usar el baño o bañarse? Sí No

¿Su niño interactúa bien con otros niños de su edad? Sí No Si la respuesta es no, explique: _____

¿Su niño alguna vez se ha escapado de casa? ¿De la escuela? Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Cuáles han sido las intervenciones más efectivas cuando su niño tiene problemas de conducta? _____

¿Hay otros problemas o afecciones médicas o de conducta, no mencionados anteriormente, que el campamento debería conocer? Sí No
Explique: _____

¿Hay algo más que crea que el personal del campamento debería saber sobre su niño? Sí No Si la respuesta es sí, explique: _____

MEDICAMENTOS PARA EL CONTROL DEL ASMA (INDIQUE SOLO LOS MEDICAMENTOS INHALADOS)

Una enfermera verificará los medicamentos en el momento de la inscripción al campamento. Esté preparado para traerlos todos.

Mi niño toma los siguientes medicamentos CONTROLADORES/PREVENTIVOS (Advair, Asmanex, Flovent, Qvar, Symbicort)

Medicamento (nombre de marca o genérico)	Cantidad administrada (número de inhalaciones)	¿Con qué frecuencia?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día a day
_____	_____	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día a day
_____	_____	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día a day
_____	_____	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día a day
_____	_____	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día a day
_____	_____	<input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos veces al día a day

Instrucciones específicas sobre los medicamentos anteriores (tomar por la mañana, por la tarde, etc.): _____

¿Con qué frecuencia los toma realmente su niño? _____ % del tiempo.

D¿Su niño toma los medicamentos anteriores solo cuando tiene síntomas de asma? Sí No

MEDICAMENTOS DE RESCATE PARA EL ASMA (INDIQUE SOLO LOS MEDICAMENTOS INHALADOS)

Una enfermera verificará los medicamentos en el momento de la inscripción al campamento. Esté preparado para traerlos todos.

Mi niño toma los siguientes medicamentos de RESCATE/ALIVIO RÁPIDO (Albuterol, Proventil, Ventolin)

Medicamento (Marca o nombre genérico)	Cantidad administrada (N.º de inhalaciones)	¿Con qué frecuencia?	Tos, sibilancia, falta de aire, etc.
_____	_____	Veces o inhalaciones/día	<input type="checkbox"/> Se toma según sea necesario
_____	_____	Veces o inhalaciones/día	<input type="checkbox"/> Se toma según sea necesario
_____	_____	Veces o inhalaciones/día	<input type="checkbox"/> Se toma según sea necesario
_____	_____	Veces o inhalaciones/día	<input type="checkbox"/> Se toma según sea necesario
_____	_____	Veces o inhalaciones/día	<input type="checkbox"/> Se toma según sea necesario
_____	_____	Veces o inhalaciones/día	<input type="checkbox"/> Se toma según sea necesario

¿Su niño ha necesitado usar inhaladores de rescate o de alivio rápido antes de hacer ejercicio intenso? Sí No Si respondió que sí, explique: _____

¿Su niño usa un espaciador con sus inhaladores? Sí No

Si es así, ¿cuál es la marca del espaciador? (Aerochamber, Optichamber, Vortex, etc.) _____

OTROS MEDICAMENTOS

NOTA: Debido al personal limitado del campamento, no administraremos ninguna inyección contra las alergias durante la semana del campamento.

Enumere todos los demás medicamentos que toma su niño. Incluya los medicamentos no relacionados con el asma y enumere el motivo por el que

Medicamento (Marca o nombre genérico)	Concentración o Dosis	Cantidad administrada (comprimido, cucharadita, ml, cc)	Indicación (motivo para tomarlo)	¿Con qué frecuencia?	Instrucciones específicas
Ej: Claritin	10 mg	1 comprimido	Alergias estacionales	Una vez al día	Administrar antes de acostarse
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Instrucciones específicas adicionales: _____

ALERGIAS

¿Le han recetado a su niño un Epi pen para reacciones alérgicas? Sí No ¿Su niño lo lleva a todas partes? Sí No

¿Cuál es la marca del Epi pen? _____

INCLUYA UNA COPIA DE SU PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA POR ANAFILAXIA MÁS RECIENTE

¿Su niño es alérgico a algún MEDICAMENTO? (Penicilina, sulfamidas, etc) Sí No

Medicamento

Describa la reacción

Pone en peligro la vida

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Edad de la última reacción: _____

¿Su niño es alérgico a algún ANIMAL? Sí No

Animal

Describa la reacción

Pone en peligro la vida

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Edad de la última reacción: _____

¿Su niño es alérgico a algún INSECTO? Sí No

Insecto

Describa la reacción

Pone en peligro la vida

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Edad de la última reacción: _____

¿Su niño tiene alguna OTRA ALERGIA? Sí No

Alérgeno

Describa la reacción

Pone en peligro la vida

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Edad de la última reacción: _____

**Las reacciones incluyen:*

Reacción corporal total grave (anafilaxia); shock; problemas en la piel (urticaria, enrojecimiento, ampollas, picazón en la piel, hinchazón); problemas respiratorios (sibilancia, tos, opresión en el pecho); problemas en la boca (labios hinchados, sarpullido, hinchazón de la lengua, picazón); problemas en la garganta (hinchada, picazón, rasguño); problemas en los ojos (hinchados, picazón, lagrimeo); problemas en la nariz (picazón, goteo, congestión, estornudos); problemas intestinales (dolor abdominal, vómitos, diarrea); Problemas de conducta/sueño (estimulación, hiperactividad, comportamiento extraño, somnolencia, dificultad para dormir)

Los ocho alérgenos principales incluyen: leche, huevos, maní, frutos secos, trigo, soja, pescado y mariscos. Estos alérgenos son los responsables del 90 % de las reacciones alérgicas con alimentos, pueden ser graves y pueden causar anafilaxia alimentaria en algunas personas. El campamento Aranzazu no sirve ningún tipo de mariscos/frutos del mar. Las intolerancias alimentarias, como la intolerancia a la lactosa y la intolerancia/sensibilidad al gluten (enfermedad celíaca), no son alergias, pero las personas pueden tener necesidades dietéticas especiales asociadas con estas afecciones. Tenga en cuenta que si a continuación se enumeran algunos alimentos como alergias, a su hijo no se le servirá/permitirá ninguno de los artículos enumerados.

¿Su niño es alérgico a algún ALIMENTO? Sí No *NOTA: Si enumera un alimento como alergia, los artículos a continuación NO se le servirán a su hijo en el campamento.*

Comida	Describa la reacción	Pone en peligro la vida
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Edad de la última reacción: _____

Las solicitudes de dietas especiales son para alergias alimentarias, restricciones religiosas y otras necesidades relacionadas con la salud. Si bien el campamento hará todo lo posible para satisfacer las preferencias alimentarias, es posible que no podamos cumplir con todas las solicitudes. Hable con el personal del campamento si cree que su niño puede tener dificultades con la comida que se sirve en el campamento. Hay alternativas vegetarianas disponibles en cada comida.

Enumere las restricciones dietéticas que no sean alergias alimentarias; indique "intolerancia a la lactosa" antes de vegetariano, vegano, etc.:

ANTECEDENTES DEL ASMA

¿Cuánto tiempo ha tenido asma su niño? _____ años Ha ingresado su niño en el hospital por asma? Sí No

¿Cuántas veces en total? _____ Qué edad tenía en cada uno de estos episodios? _____

¿Ha estado su niño alguna vez en una unidad de cuidados intensivos por asma? Sí No ¿Cuántas veces en total? _____

¿Qué edad tenía en cada uno de estos episodios? _____

¿Han tenido que colocarle a su niño un tubo para respirar o ha estado conectado a un respirador (máquina para respirar) debido al asma? Sí No

¿Cuántas veces en total? _____ ¿Cuántas veces en total? _____

Solo durante el último año, ¿cuántas veces su niño ha sido (indique la cantidad de veces):

¿Llevado a la sala de emergencias o a la clínica de atención de urgencias debido al asma? _____

¿Ingresado en el hospital por asma? _____ ¿Ausencia en la escuela debido al asma? _____

¿Llevado al consultorio del médico debido a problemas con su asma? (no incluya las visitas de rutina al consultorio): _____

¿Solo durante el último año, cuántas veces se han utilizado esteroides orales para controlar el asma de su niño? (Prednisona, Medrol, Deltasone, Decadron y otros LÍQUIDOS: Pediapred, Prelone, Liquidpred, OraPred, BubblyPred, etc.): _____

¿Fecha de la última dosis de esteroides? _____

¿Quién es responsable de administrar la medicación para el asma de su niño en casa? Niño Padre Ambos

¿Su niño usa un medidor de flujo máximo? Sí No Si respondió sí, ¿cuál es la lectura normal de su hijo? _____

¿Su niño se siente avergonzado en la escuela o en público si tiene que usar un inhalador o un tratamiento con nebulizador? Sí No

¿Prevé alguna restricción de actividad? Sí No Si respondió sí, explique: _____

¿Hay alguna restricción actual o reciente de educación física en la escuela? Sí No

Describa los efectos emocionales que ha observado en su niño debido al asma: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LOS CAMPISTAS

¿Qué talla de camiseta de campista elige? Joven Adulto | Pequeño Mediano Grande XL XXL

¿Su niño alguna vez ha pasado la noche fuera de casa? Sí No Si no, describa: _____

¿Qué es lo que más espera su niño en el Campamento Easy Breathers? _____

¿Cuáles son las actividades favoritas de su niño? _____

¿Tiene su niño alguna necesidad especial, artículos de consuelo o rituales? Describa: _____

¿Alguna actividad en la que su niño NO debería participar? Si es así, explique: _____

¿Su niño tiene algún hábito a la hora de acostarse o de dormir? (sonambulismo, enuresis) Sí No

¿Su niño alguna vez ha experimentado mareos? Si es así, describa: _____

¿Su niño ha experimentado algún evento estresante reciente que debamos conocer? _____

¿Su niño tiene algún miedo grave? _____

¿Hay algo más que debamos saber para que su niño tenga una semana segura y agradable? _____

¿Su niño asiste a una escuela pública? Sí No ¿Tiene las vacunas al día? Sí No

¿Su niño ha recibido la vacuna contra el Covid-19? Sí No ¿Recibió una vacuna de refuerzo? Sí No

Si recibió una vacuna de refuerzo, indique la fecha: _____

¿Su niño tiene una exención de Texas para las vacunas? Sí No

¿Cómo se enteró del Campamento Easy Breathers? Folleto/póster Amigo Plan de seguro médico

Otro proveedor de atención médica Campista anterior Clínica de neumología/laboratorio de pruebas de función pulmonar

Enfermera escolar Otro: _____

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta)

Fecha

Firma del padre/tutor

**SOLO PERSONAL DEL
CAMPAMENTO**

Fecha de inscripción: _____

Altura (pulgadas): _____

Peso (libras): _____

Foto del campista
(Solo foto de rostro)