

El Pinecrest Christian Confererencio Center y/n _____

(Grupo de Iglesia o Nombre)

CAMPER/PERSONAL REGISTRO (esto es necesario por todos los que se alojan en EL Pinecrest)

Asistir a campamento Fecha: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Iglesia/nombre de grupo _____ Iglesia/grupo teléfono _____

Nombre _____ Género: M _____ F _____

Dirección _____

Casa Número de teléfono: _____ Cell Número: _____

Padre, madre o tutor nombre _____

Colegio Escuela: _____ Distrito: _____ Grado: _____

(NOMBRE)

CAMPER / INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL

Nombre del Seguro Médico: _____ Política# _____

Las aseguradoras nombre : _____ Nombre principal: _____

nombre del médico / Médico nombre de teléfono: _____

No tienen ninguna enfermedad que le gustaría hacernos conscientes de: _____

Modificaciones en la dieta: _____

actualizado las inmunizaciones: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano conocido: _____

tiene problemas médicos le gustaría que nosotros conozcamos: _____

Verificar todas las condiciones aplicaba

Picadura de abeja o picadura de insect

Los últimos huesos rotos y otras lesiones: _____

Reacciones alergias

Tipo de la lesión: _____

hey fiebre /problemas de los senos

Fecha de la lesión: _____

El asma Enviar RX

Restricciones de actividad: _____

Espalda o cuello problemas

Cirugía reciente tipo: _____

Urinar en cama (actualmeate)

Restricciones: _____

(actualmente) intestinal o trastorno convulsivo

Problemas Epilepsia

Vegetariano

Desmayo dolor de cabeza

Suena caminar (historia)

Nariz sangra

AGREGAR el tdah enviar RX

Condición cardíaca

Diabéticos tipo 1 tipo 2

Niño requiere ayuda médica y supervisión en todo momento

EIP psiquiátrica y emocional enfermedad

ED Especial

Enfermedad: _____

Medicamentos de venta disponible en Pinecrest

Los medicamentos listados a continuación se mantienen en stock ; No se sienta obligado a enviar cualquiera de estos elementos. Por favor marque cada casilla de abajo para indicar su permiso para que el medicamento que aparece a ser administrada por su Grupos enfermera o un miembro del personal autorizado. No vamos a administrar ningún medicamento sin su autorización.

SI	No		SI	NO		SI	NO	
		Benadryl (picor , picaduras de insectos , sinus)			Pepto Bismol (diarrea)			(Dolores de cabeza / calambres / musculares) Tylenol
		Caladryl Lotion (roble venenoso)			Hydrocortisone Cream (picazón / rash)			Gotas para la tos (tos)
		Mylanta / Tums (malestar estomacal)			Polysporin tópica (pequeños cortes / quemaduras)			Leche de Magnesia (estreñimiento)
		Robitussin (tos)			Betadine (desinfectante)			Ibuprofin (calmante para el dolor , reducir la fiebre)
		Claritin (alergias)			No Pseudo (seno)			

Las recetas para los menores de edad : (incluyendo Asma / ADD / insulina / Epi - kit) cualquier medicamento o inhalador prescrito deben tener la organización patrocinadora para el uso de la autocaravana bajo supervisión . Todos los medicamentos deben ser enviadas en su envase original .

* ¿Usted está enviando medicamento con o sin receta médica con su hijo ? SI ____ No ____

* En caso afirmativo , indique la información detallada y la dosis: _____

por favor rubricar todas las cajas y firme abajo

_____ **Autorización para Tratamiento médico - (SE REQUIEREN LAS INICIALES O CAMPER no pueden ser tratados) inicial**

El abajo firmante por la presente autorizo Gerentes de Pinecrest LLC y / o de la Iglesia / grupo enumerados como agentes para el que suscribe , a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X , anestesia , o el diagnóstico dental quirúrgica o el tratamiento y la atención hospitalaria para mí o miembro de la familia incluido , que se considere conveniente por el rendimiento bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley del Ejercicio de la Medicina o cualquier dentista con licencia bajo la Ley de Práctica dental, en un hospital o en otro lugar . El agente mencionado anteriormente está autorizado a realizar

decisiones relativas a la salud y el bienestar general de mí mismo o miembro de la familia incluido . Doy permiso al personal médico seleccionado por Pinecrest para proporcionar atención médica de rutina , para administrar medicamentos ; para liberar registros pueden necesarias a efectos del seguro : y para proporcionar o coordinar el transporte necesario para mí o para la familia incluido miembro por la duración de la estancia en Pinecrest .

_____ **Actividad Física estreno**

inicial

Pinecrest actividades incluyen, pero no se limitan a, Senderismo, natación , baloncesto , voleibol, fútbol , tiro con arco , parque de skate , pared de escalada , el bungee trampolín, jumper , softball jaula de bateo , campo de la conducción de la jaula, del zorb bola de hámster agua and zipline. Hay riesgo de lesiones físicas o daños de participar en cualquiera de las actividades mencionadas anteriormente. Yo voluntariamente elijo yo mismo o un miembro de la familia incluido para participar en las actividades y asumir los riesgos de lesión o daño que pudiera resultar de la participación. En mi propio nombre y en el de mis representantes personales , herederos , yo libero Pinecrest , sus funcionarios , empleados , y agentes y / o Iglesia / grupo de lista de toda responsabilidad por cualquier lesión o daño a mí oa mi miembro de la familia incluido la participación en dichas actividades . He leído y comprendido esta versión.

Por favor escriba cualquier actividad que se destacan en letra de carta y encima que usted no quiere tener campista participar en: _

FIRMA DE CAMPER adulto o padre me GUARDIAN DE CAMPER: _____ **FECHA:** _____