

Formulario de Registro

Información del Campista

Nombre Completo del Campista: _____ Al campista se le conoce como: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Grado Actual: _____ Correo electrónico del campista: _____ Grupo: _____
Solicitud de Compañero de Cabaña: _____ Cabaña: _____

Información de la Familia

Padre/Madre/Tutor(a): _____ Dirección del Campista _____
Dirección Postal: _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Teléfono de Casa: _____
Teléfono Móvil: _____
Teléfono del Trabajo: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____
Parentesco: _____
Ocupación: _____
Empleador: _____

Información de contacto en caso de emergencia

Parentesco: _____ Teléfono de Casa: _____
Nombre: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Dirección Postal: _____ Teléfono Móvil: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Información Personal Adicional

¿qué pronombres deben utilizar el personal y los campistas para referirse a su campista (ella, él, elle, etc.)? _____
Favor de seleccionar su talla de camiseta.

Niño- Chica _____
Niño - Mediana _____
Niño - Grande _____
Adulto - Chica _____
Adulto - Mediana _____
Adulto - Grande _____
Adulto - Extra _____
Adult - XXL _____
Adulto 3XL _____

Dado que los problemas de salud mental, como la ansiedad, la depresión, y los problemas de sueño van en aumento, queremos apoyar a todos los campistas para que aprovechen al máximo su experiencia en el campamento. ¿Hay algo que le gustaría compartir sobre las necesidades de salud mental o de comportamiento de su campista que le pueda servir al personal para apoyarlo? (por ejemplo, dar espacio para descansos, tiempo de transición adicional, estrategias para calmarlo, etc.) _____

¿Le gustaría programar una llamada telefónica con el Director del Campamento para abordar más detalles sobre el apoyo a su campista?

Sí _____
No _____

¿Cómo se enteró de este programa?

Anuncio _____
Iglesia _____
Facebook _____
Otro _____
Por un campista que regresa _____
Sitio web _____
De boca en boca _____

¿Es usted miembro de una parroquia en la Diócesis Episcopal de Maryland?

Sí _____
No _____

Formulario de Registro

¿Es usted miembro de una parroquia en la Diócesis Episcopal de Washington DC?

Sí _____
No _____

¿Es usted miembro de una parroquia Episcopal en algún otro lugar, o está afiliado a una escuela Episcopal u otra organización?

Sí _____
No _____

¿Está afiliado a otra iglesia u otra organización religiosa?

Sí _____
No _____

Si la respuesta es afirmativa, indique aquí el nombre de su iglesia u organización religiosa. _____

Pacto de Vida Comunitaria

Pacto de Vida Comunitaria

Los programas juveniles de Claggett son un lugar donde los participantes y el personal pueden vivir su fe de forma divertida y emocionante. La formación de una comunidad Cristiana intencional da a todos la oportunidad de alejarse del mundo para experimentar el amor de Dios de una manera más intensa. La participación en este tipo de comunidad es un privilegio que requiere cierto sacrificio, ya que nos esforzamos para que nuestras acciones reflejen el modelo establecido por Jesús.

Los campamentos de verano del Centro Claggett y las actividades para jóvenes están sujetos a la Normativa del Código de Maryland que regula los campamentos para jóvenes. Como trabajamos para construir una comunidad y cumplir con el Estado, se pide a cada participante que se comprometa a vivir según ciertas normas comunitarias.

La cooperación y el respeto son la base del comportamiento que construye a una comunidad.

Demostraré respeto por mí mismo

- * Absteniéndome de consumir drogas, alcohol, y tabaco.
- Cumpliendo con todos los procedimientos de seguridad.
- Mostrando una actitud de disposición a participar en las actividades del campamento.

Demostraré respeto por otros

- Respaldando a los demás con comentarios positivos y con ánimos.
 - Enfocándome en las personas y no en las cosas. Por lo tanto, me comprometo a dejar en casa objetos como juegos electrónicos, iPods, y teléfonos móviles.
- * Dejar las armas en casa (incluyendo navajas de bolsillo, de pluma, y de caza).
- Absteniéndome del contacto sexual con otros.
- Trabajando para garantizar la seguridad y la salud de los demás.
- Cumpliendo con las normas y los horarios establecidos para el apagado de las luces y el silencio.

Demuestro respeto por la autoridad y la propiedad de Claggett

- Cooperando con el personal.
 - Aceptando que el Director del Programa Juvenil, el Director Ejecutivo de Claggett, o la persona que ellos designen puedan registrar mis pertenencias en cualquier momento.
- Cumpliendo con las normas de uso de los edificios y equipos.

Entiendo que el Director del Programa para Jóvenes tiene el derecho de enviarme a casa a expensas de mis padres o tutores si mi conducta es disruptiva y perjudicial para la comunidad. La violación de cualquier punto marcado con un asterisco (*) significará la expulsión inmediata del campamento.

Este pacto debe ser firmado por el participante y el padre/madre o tutor(a). Padre/madre o tutor(a), por favor asegúrese de haber revisado el acuerdo con su joven. Su firma indica que está dispuesto(a) a cumplir con las normas enumeradas en este compromiso y en las políticas generales.

Firma o Iniciales del Participante:

Firma o Iniciales del Padre/Madre o Tutor(a):

Sello con Fecha

Disclaimer and Acknowledgement

Firma del Solicitante

Fecha

Formulario de Registro

Médico

Nombre Completo del CAMPISTA: _____

Fecha de Nacimiento del Campista (M/D/AÑO) _____

La siguiente información médica es necesaria para todos los participantes del campamento. Si la condición médica cambia y necesita actualizar esta información antes del campamento, puede encontrar el formulario denominado "Información Médica" en la pantalla principal de su cuenta (tablero de mandos) y hacer los cambios pertinentes allí.

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Compañía de Seguros: _____

Asegurado Principal: _____

N.º de Plan: _____

N.º de Póliza: _____

Nombre del Médico Personal: _____

Número de Teléfono del Médico: _____

HISTORIAL DE SALUD

¿Tiene el campista alguna Alergia o Necesidad Dietética? Marque todo lo que corresponda. Explique en el espacio de abajo.

Comida _____
Insectos _____
Medicamentos _____
Otro _____
Plantas _____
Sin Alergias _____

Alergias/Necesidades Dietéticas: Explique los puntos que haya marcado arriba: _____

¿Alguna de las siguientes afecciones corresponden a su hijo(a)? Explique toda respuesta AFIRMATIVA.

Restricciones Dietéticas _____
Asma _____
TDA o TDAH _____
Cáncer _____
Diabetes _____
Digestión _____
Oídos _____
Ojos _____
Problemas del Corazón _____
Hemofilia _____
Hipertensión Arterial _____
Enfermedad Renal _____
Convulsiones _____
Pulmones _____
Enfermedad Mental _____
Nariz _____
Garganta _____
Prescripciones Diarias _____
Mi hijo(a) no tiene antecedentes de estas afecciones _____

Explique las respuestas marcadas (SÍ) a las enfermedades anteriores: _____

Marque si su hijo(a) es propenso(a) a alguna de las siguientes afecciones:

Enuresis (Mojar la cama) _____
Resfriados o fiebre _____
Dolores de cabeza _____
Cólicos menstruales _____
Pesadillas _____
Hiedra venenosa _____
Dolores de garganta _____
Esguinces _____
Dolores de estómago _____
Quemaduras de sol _____

Formulario de Registro

Otitis Externa _____
Otro _____

Enumere cualquier afección física, emocional, o de comportamiento que pueda afectar o limitar la participación plena en cualquier actividad del campamento: _____

Indique cualquier equipo médico especial que necesite, como aparatos de ortodoncia, gafas, etc.: _____

VACUNACIONES

Para los campistas que residen en Estados Unidos, un territorio de Estados Unidos, o el Distrito de Columbia: ¿Qué estado/territorio?:

Delaware _____
Maryland _____
Pennsylvania _____
Virginia _____
Washington DC _____
West Virginia _____
Otro _____

Otro estado/territorio no incluido en la lista: _____

Indique las vacunas de las que está exento el campista. Si el campista está totalmente vacunado, indique N/A. _____

Para los campistas que residen fuera de los Estados Unidos, un territorio de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia, favor de presentar el registro de vacunación o el formulario de inmunidad DHMH-896.

Fecha de Vacunación contra el Tétanos _____

MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN (Suministrados por Claggett) _____

A continuación se enumeran los medicamentos que proporciona el campamento. Por favor, marque cualquier medicamento que el proveedor de atención médica pueda dar a su campista:

Analgésico Acetaminofén (por ejemplo, Tylenol) _____
Antiácido (por ejemplo, Pepto Bismol) _____
Difenhidramina para alergias (por ejemplo, Benedryl) _____
Pastillas para la acidez (por ejemplo, Tums) _____
Analgésico Ibuprofeno (por ejemplo, Advil) _____
Loratadina para alergias (por ejemplo, Claritin) _____
Hidróxido de magnesio (por ejemplo, Leche de Magnesio) _____
Aerosol para el dolor de garganta _____

MEDICAMENTOS: SUMINISTRADOS POR EL CAMPISTA

Cada medicamento que el campista traiga al campamento DEBE ir acompañado del formulario descargable: Formulario de Autorización de Administración de Medicamentos DHMH-4758. Esto aplica a los medicamentos de prescripción y de venta libre (PRN). Se requiere un formulario por cada medicamento para que el proveedor de atención médica del campamento pueda administrar cualquier medicamento que se traiga al campamento. No se administrará ningún medicamento que se traiga al campamento sin el formulario. Se requiere la firma de un médico; los formularios incompletos no pueden ser aceptados por el proveedor de atención médica del campamento.

Todos los medicamentos deben ser registrados por el proveedor de atención médica en el momento de la inscripción. Todos los medicamentos deben venir en sus envases ORIGINALES con el nombre del campista y la dosis claramente visible. Los medicamentos deben administrarse según las indicaciones mostradas en el envase del medicamento prescrito.

Estoy de acuerdo _____

Medicamento y Dosis: Formulario DHMH-4758 OBLIGATORIO _____

En caso de emergencia, entiendo que se hará todo lo posible por contactarme. En caso de que no se me pueda contactar, doy mi permiso para que el Centro Claggett, la persona designada por el Centro, o la _____

Formulario de Registro

Diócesis Episcopal de Maryland proporcione un tratamiento adecuado a la persona mencionada en este formulario, incluyendo la hospitalización, cirugía, anestesia, o la administración de cualquier medicamento oral o inyectado. Acepto hacerme responsable de todos los costos asociados a dicho tratamiento.

Estoy de acuerdo _____

Firma del Padre/Madre o Tutor(a): _____

Fecha: _____

Deslinde para Actividades y Fotografías

Declaración de Deslinde para Actividades

1. Durante el transcurso de nuestros programas, los participantes tendrán la oportunidad de participar en varias actividades que implican riesgos inusuales. Por ejemplo, los participantes pueden participar en un curso de cuerdas altas y/o bajas con posibles resbalones y caídas que podrían resultar en rasguños, moretones, esguinces, laceraciones, fracturas, conmociones cerebrales, o incluso lesiones que ponen en peligro la vida. Los participantes también pueden participar en viajes en canoa y kayak, caminatas, paseos en bicicleta, juegos al aire libre, y otras actividades físicas que presentan un riesgo inusualmente alto de lesiones.

2. Entiendo que a veces los participantes serán transportados por vagonetas de Claggett u otros vehículos para la realización de actividades fuera del campus por conductores certificados de acuerdo con las políticas de seguridad de Claggett. Autorizo la participación en estas actividades.

3. Reconozco que la participación de mi hijo(a) en las actividades de Claggett conlleva riesgos conocidos e imprevistos, que podrían resultar en lesiones físicas o emocionales. Aunque las reglas particulares, el equipo, y la disciplina personal pueden reducir el riesgo, la posibilidad de lesiones graves existe. Entiendo que tales riesgos no pueden ser eliminados sin poner en peligro las cualidades esenciales de las actividades.

4. En nombre mío y de mi hijo(a) menor de edad, acepto y prometo expresamente aceptar y asumir todos los riesgos existentes en estas actividades. Reconozco que la participación mía y de mi hijo(a) en estas actividades es puramente voluntaria, y autorizo su participación a pesar de los riesgos.

5. Certifico que dispongo de un seguro adecuado para cubrir el tratamiento de cualquier lesión sufrida por mí y por mi hijo(a) menor de edad durante la participación en las actividades de aventura o, de lo contrario, acepto pagar los costos de dicha lesión.

Al marcar abajo, deslindo voluntariamente al Centro Claggett, a sus agentes, arrendatarios, propietarios, funcionarios, voluntarios, participantes, empleados, y otras personas o entidades que actúan en cualquier capacidad en su nombre de cualquier y todas las reclamaciones, demandas, o causas de acción que estén de algún modo relacionadas con la participación mía o de mi hijo(a) menor de edad en actividades de aventura.

Estoy de acuerdo _____

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido lo anterior: _____

Deslinde para Fotografías:

Doy mi consentimiento para que el Centro Claggett publique fotografías mías o de mi hijo(a) en su sitio web, Facebook, plataformas de redes sociales, etc. y en materiales impresos; y para que comercialice, promueva, y/o anuncie campamentos u otros programas del Centro Claggett. (Nota: en ningún momento el Centro Claggett "etiquetará" a un menor en redes sociales, o identificará a un menor por su nombre u otra información personal en cualquier material impreso o en línea sin el consentimiento expreso de un padre/madre o tutor[a]). Entiendo que al seleccionar "No", se le puede pedir a mi hijo(a) que no participe en las fotografías de grupo.

Sí _____

No _____

Sello con Fecha _____