



Office Use Only	
Received	_____
Conf Sent	_____
<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> USPS
Wait List	_____
<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> USPS

2016 APLICACIÓN PARA CAMPAMENTO DE NIÑOS

POR FAVOR LEA ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Por favor, seleccione el Campamento que usted ha estado asistiendo, si usted es nuevo al campamento por favor seleccione el Campamento que le gustaría asistir. **NOTA:** Ambos Campamentos se llevan a cabo en EL MISMO LUGAR; sin embargo el registro del campamento y el personal del campamento se basan ya sea de Santa María o de Santa Bárbara. Marque sólo UNO.

- Santa Barbara Camp, Lunes, 26 de junio hasta Viernes, 30 de junio 2017**
Dirección postal: Royal Family KIDS, PO Box 8614, Goleta, CA 93118
Información de contacto: Kim Faraudo, RoyalFamilySB@gmail.com (805) 455-1343

Por favor escriba legiblemente. Este formulario debe ser completado en su totalidad. **REQUERIDO:** Firma del tutor autorizado (ya sea el padre, la madre o el guardian legal) y la firma del trabajador social en tanto la aplicación como forma de liberación médica, sin excepciones. **Esta aplicación será devuelto a usted si no está debidamente completa. Formas incompletas pueden poner en peligro el espacio del niño en el campamento.**

El niño ha asistido a un campamento de Royal Family KIDS No Yes Si es así donde: _____

Nos recomendó: Red de Atención de Servicios Sociales Family Care Network Aspira Pathways Otros _____

Apellido del niño: _____ Nombre: _____ Nombre Preferido: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____ Edad emocional: _____ Masculino

Femenina Escuela: _____ Grado actual (2015/2016 año escolar): _____

El niño vive con (marque uno): Padre temporal Niñera/o Casa de Grupo Familiar

Nombre(s) persona(s) con las que vive el niño: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico (muy importante !!): _____

El nombre del trabajador social del condado de SB: _____ Teléfono del Trabajador: _____

Correo Electronico del Trabajador Social: _____

SI SE APPLICA: nombre de la agencia Foster y del trabajador social: _____

Teléfono de la Agencia del Trabajador Social: _____ Correo Electronico de la Agencia del trabajador social: _____

Agencia de Servicios Sociales Family Care Network Aspira Pathways Koinonia Other _____

Persona de contacto de emergencia (1): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____ Teléfono de emergencia alternativo: _____

HISTORIA EMOCIONAL / DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO:

	A menudo	A veces	Nunca		A menudo	A veces	Nunca
Agresividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terrores Nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mojar la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huye de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperactivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Robos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad de Aprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rabietas/Berrinches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, ofrezca detalles de cualquier conducta que nos podría ayudar con la semana de los niños (Por ejemplo, el Niño usa Pampers en la noche, etc): _____

DETALLES DEL NIÑO:

Criado en Casa Foster/ temporal ¿ Movido cuántas veces? _____ Por favor, explique las circunstancias y dificultades que hacen este campamento especialmente importante para el niño (por ejemplo: crisis resentimiento, de ser trasladado en la colocación en hogares, graves necesidades económicas, etc.): _____

Talla de camisa del niño: Niño Medio Niño Grande Medio Adulto Adulto Grande XL de Adulto

Habilidad para nadar de este niño es: Bueno Malo No sé

Dificultades de aprendizaje: Sí No Nivel de lectura: _____

HISTORIA DE LA SALUD: Indique todas las alergias conocidas, enfermedades, discapacidades, limitaciones físicas o complicaciones médicas.

Alergias: _____

Las enfermedades / complicaciones médicas: _____

Incapacidad / limitaciones: _____

Fecha de la enfermedad, la gravedad, las complicaciones y cualquier deterioro residual(s) indique:

Los problemas respiratorios _____ Hipoglucemia _____ Alergias Musculoesqueléticos _____

Corazón de circulación _____ Mareos _____ Pie _____

Edema pulmonar _____ Espalda _____ Trastornos Convulsivos _____

Fiebre del Heno _____ Choque Anafiláctico _____ Alergias a Plantas _____

Los problemas de equilibrio _____ Diabetes _____ Desmayos _____

Picaduras de insectos _____ Alergia de Medicamentos _____ Otros _____

Por favor ofrecerle todos los detalles: _____

Todas las actividades específicas para fomentar y / o restringidas? _____

HISTORIA DE VACUNAS: Ponga las fechas de las vacunas básicas y más reciente refuerzo de lo mejor que pueda y / o presentar copias de la tarjeta de vacunación de su médico. **Copia de la tarjeta de vacunación del médico adjunto.**

Serie DTP _____ Booster _____ Refuerzo contra el tétanos _____ Refuerzo Polio OPV (Sabin) _____

Prueba tifoidea _____ Sarampión vacuna _____ Tuberculina (TB) Test _____

El sarampión alemán (Rubéola) _____ Vacuna para las Paperas _____ Viruela _____

RECETA de MEDICAMENTOS: Todo medicamento enviado al campamento debe estar en su envase original con la etiqueta de la farmacia en él. ¿Su hijo está tomando algún medicamento: No Sí En caso afirmativo, complete el siguiente:

1. Nombre (de medicamentos) _____ Dosis: _____ Horario: _____

2. Nombre (de medicamentos) _____ Dosis: _____ Horario: _____

¿para qu es el medicamento: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Por favor agregue cualquier comentario relacionado con LA SALUD y LOS MEDICAMENTOS en una hoja aparte.

Entiendo que es mi responsabilidad como cuidador del niño para asegurarse de que todas las instrucciones son claras y que la dosis necesaria se suministra adecuadamente para la duración del campamento. Por la presente autorizo a la enfermera de RFKC para administrar el medicamento anteriormente por la duración del campamento. **APLICACIONES ORIGINALES, FORMAS DE LIBERACIÓN MÉDICOS Y FIRMAS ORIGINALES DE TODAS LAS FORMAS DEBEN PRESENTARSE O SU SOLICITUD SE PROLONGA / O SERÁ DEVUELTA.**

LAS DOS FIRMAS SE REQUIERE ANTES DE LA APLICACIÓN SE ACEPTARÁ:

Por favor firme utilizando bolígrafo con tinta azul

Padre / tutor firma **Imprimir nombre** **Relación con el niño** **Fecha**

Firma trabajador Social **Imprima el nombre** **Numero de teléfono** **Correo Electrónico/trabajador Social**

Devolver Solicitud completa apropiarse Coordinador de colocación de niños

(VER PRIMERA PÁGINA)



ROYAL FAMILY KIDS OF SANTA BARBARA COUNTY
For Foster Care Children Ages 6 to 12 Years

FORMULARIO DE LIBERACIÓN MÉDICA:

Este historial de salud es correcta hasta donde yo sé, y el menor nombrado arriba tiene permiso para participar en todas las actividades de los programas prescritos, excepto como se indica. El abajo firmante por la presente autorizo a los directores de Royal Family Kids Camp o como sustituto, ya que pueden designar como agente del suscrito a consentir a un examen de rayos x, anestesia, diagnóstico médico, dental o quirúrgico o tratamiento y la atención hospitalaria del menor por encima de que se estimen conveniente y que pasarán a ser bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano, licenciado bajo la disposición de la Ley de Medicina Práctica o cualquier dentista con licencia bajo la Ley de Práctica Dental, que sea diagnosticado o tratado, ya sea en la oficina de dicho médico o dentista, en un hospital, el campamento o en otro lugar. Esta autorización permanecerá en vigencia mientras el menor de edad por encima está en ruta hacia y desde o involucrados o participar en cualquier programa de campamento, a menos que sea revocada por escrito por el suscrito y entregado al Director de la Royal Family como tutor legal / trabajador social / otro.

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS QUE SE COMPRAN SIN RECETA MEDICA.

Yo doy enfermera del campo Registrado el permiso de Royal Family Kids Camp 'para administrar los siguientes productos de acuerdo a las instrucciones del fabricante, o como se especifique lo contrario. Confío en que la enfermera registrada RFKC usar su / su mejor juicio cuando surjan situaciones, y en caso de duda, él / ella puede llamar para su verificación.

Por favor marque SI o NO a los medicamentos listados a continuación. Este formulario debe ser llenado completamente por el cuidador principal que firma abajo o campista no puede asistir al campamento.

SI	NO	Comentarios Adicionales:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bloqueador solar _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Repelente de insectos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bálsamo labial _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ungüento contra alergias _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tylenol _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El ibuprofeno _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antiséptico Ungüento _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curitas _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crema anti-picazón _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El peróxido de hidrógeno _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jarabe para la tos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastillas para la tos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descongestionante _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antihistamínico _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMS _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Champú antiopojos _____

MediCal #: _____ o Health Insurance Co. y Política # _____

Yo doy mi permiso a _____ para asistir a la Royal Family KIDS del condado de Santa Bárbara.
Nombre completo del niño

LAS DOS FIRMAS SE REQUIEREN ANTES DE QUE LA APLICACIÓN SEA ACEPTADA:

Por favor firme utilizando bolígrafo con tinta azul

Padre / tutor firma Imprimir nombre Relación con el niño Fecha

Firma trabajador Social Escriba el nombre Número del teléfono Trabajador Social de correo electrónico

Actividad Física de Lanzamiento

Nombre del Niño que Asistira _____

Nombre del Padre / Tutor _____

Como el padre legal que suscribe o cuidador, solicito que mi hijo se le permitirá participar en el Campamento Royal Family KIDS (RFK). Esta actividad, Medicina, y Permiso de Transporte y Liberación formulario es efectivo en la fecha de mi firma, y permanecerá en pleno vigor y efecto mientras mi niño participa con Royal Family KIDS Camp de cualquier manera; se aplica a todas las actividades RFK Camp. Yo doy permiso a mi hijo a asistir y participar en las actividades RFK Camp. Autorizo específicamente Royal Family KIDS a proveer y disponer en mi lugar, la atención médica necesaria, como se indica en el Formulario de Autorización Médica. Por la presente, también doy mi permiso para que mi niño viaje en cualquier vehículo designado por el adulto (s) en cuyo cuidar a mi hijo se le ha confiado durante su participación en las actividades RFK Camp.

En consideración por permitir que mi hijo asista y / o participar en las actividades RFK Camp incluidos pero no se limitan a practicar senderismo, natación, circuito de cuerdas, tiro con arco, rocódromo, equipo de recreación, etc. presente relevo, y en nombre de mi hijo relevo, Royal Family KIDS Inc., Royal Family KIDS del Condado de Santa Bárbara, iglesias de apoyo, los líderes locales, los asistentes voluntarios, San Marcos Campamento Cristiano, y cualquier conductor designado de una furgoneta, autobús, coche u otro vehículo utilizado en conexión con RFK Camp ("Partes Liberadas") de cualquiera y todas las reclamaciones por lesiones, pérdidas, daños, costos y gastos que yo, y / o mi hijo, podría tener en contra de las Partes Liberadas, que surjan de, o de cualquier manera relacionados a, mi hijo y las actividades del campamento, y estoy de acuerdo para mantener las Partes Liberadas de cualquier pérdida derivada de tales afirmaciones.

LAS DOS FIRMAS SE REQUIERE ANTES DE LA APLICACIÓN SE ACEPTARÁ:

Por favor firme utilizando bolígrafo con tinta azul

Firma de Padre / Guardián _____ Fecha _____

Firma de Trabajador Social _____ Fecha _____