



Bienvenido a Camp Cartwheel 2023. Nos esforzamos por darle a su hijo la mejor experiencia posible. Tenemos varias actividades nuevas para que nuestros sus hijos/as participen cada día. Queremos darles a sus hijos/as una gran experiencia durante esa semana!

La siguiente información sobre el campamento es importante:

- ☺ **Camp Cartwheel se llevará a cabo durante una (1) sesión solamente a partir del 21 de Junio al 24 de Junio.**
- ☺ Debido a que el campamento es una (1) sesión, **el ESPACIO ES LIMITADO**. Los lugares para los campistas se otorgarán solo por ORDEN en la que se reciba su solicitud. Así que NO se demore en entregar las solicitudes lo antes posible.
- ☺ Los campistas de 10 años en adelante están invitados a pasar 4 noches en el campamento **según la disponibilidad**. Podemos acomodar a un máximo de 85 campistas para nuestra experiencia nocturna y se dará prioridad a nuestros campistas más antiguos o según la discreción de la directora de Programas para clientes de NVCCF. Los campistas serán notificados si pasaran la noche antes que comience el campamento. Se adjunta un folleto adicional con una lista detallada de lo que su hijo/a debe llevar consigo al campamento para pasar la noche.
- ☺ Camp Cartwheel se llevará a cabo en Torino Ranch. El número de contacto de emergencia es 702-471-0222 .
- ☺ **El festejo de Camp Cartwheel se llevará a cabo el domingo 25 de Junio del 2023. El lugar se anunciará en una fecha posterior.**
- ☺ Nuestra ubicación de la parada del autobús será en 4Wall Entertainment localizada en 3165 W. Sunset Rd. Deberá tener a sus hijos/as en la parada del autobús a más tardar a las 7:15 am para el check-in. El autobús saldrá a las 5:15 pm cada día para los campistas de día.
- ☺ Por favor, envíe con a su hijo/a un atuendo apropiado para su día en el campamento. Cada niño necesitará zapatos y calcetines, un traje de baño (modesto de una pieza para niñas), una toalla y un cambio de ropa para después de nadar. Toda la ropa y artículos personales deben estar **claramente marcados con el nombre de su hijo/a** para asegurarse de que sean devueltos a casa con ellos todos los días.
- ☺ **Todos los medicamentos deben estar en sus envases originales en una bolsa con cierre hermético y etiquetados con el nombre de su hijo. Estas bolsas deben ser entregados al miembro de NVCCF que este encargado en la parada del autobús todos los días.**
- ☺ Si su hijo/a no puede asistir al campamento por cualquier motivo, háganoslo saber lo antes posible para que podamos acomodar a otras familias en Camp Cartwheel. ¡Gracias!
- ☺ Complete la siguiente solicitud en su totalidad, incluyendo todas las liberaciones y comprobantes de permiso, y devuélvala a la Oficina **de NVCCF antes de las 5 pm del viernes 10 de Marzo del 2023.**
- ☺

¡SE ENVIARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO UNA LISTA PARA ACTUALIZAR LOS MEDICAMENTOS ACTUALES DE SU HIJO ANTES DEL CAMPAMENTO Y DEBE COMPLETARSE ANTES DE LLEGAR AL AUTOBÚS EL PRIMER DÍA DEL CAMPAMENTO!

Asegúrese de que su dirección de correo electrónico esté IMPRESA CLARAMENTE en la página siguiente.



CAMP CARTWHEEL

Aplicación para Campista

Solo para uso de Oficina

Fecha Recibida: _____

Medicamentos/Alergias: Sí No NVCCF Personal Inicial: _____

Por favor, deje, envíe por fax o correo electrónico su solicitud **CLARAMENTE IMPRESA** y **COMPLETA A MÁS TARDAR** a las 5:00 p.m. del 10 de marzo de 2023:

Nevada Childhood Cancer Foundation – 3711 E. Sunset Rd., Las Vegas, NV 89120 → FAX: 702.735.8431 → Correo electrónico: brenda@nvccf.org

Seleccione uno: Paciente de NVCCF Hermano del Paciente Hijo del Participante de TCP

Nombre Completo de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico de Padre/Tutor legal: _____

El niño reside con (seleccione uno): Ambos padres Custodia compartida (mamá primaria) Custodia compartida (padre primario)

Custodia exclusiva (solo madre) Custodia exclusiva (solo padre) Tutor legal (nombre): _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Numero de Tel: _____

Dirección (si es diferente a la del niño/a): _____

Empleador: _____ Numero de Tel: _____

Nombre de la Madre/Tutor: _____ Numero de Tel: _____

Dirección (si es diferente del niño/a): _____

Empleador: _____ Numero de Tel: _____

HERMANOS/AS que asistirán a Camp Cartwheel

Nombre del hermano/a que asistirán al campamento	Parentesco (hermano/hermana/hermanastro, etc...)	Edad

En caso de emergencia y **no pueda ser contactado**, a quién debemos contactar: **(NO SE DEJE EN BLANCO)**:

Nombre del contacto de emergencia	Parentesco con el niño	Teléfono #1	Teléfono #2

¿Ha asistido su hijo/a algún campamento anteriormente? Sí No Si la respuesta es sí, ¿A qué campamento y por cuánto tiempo?

Si su hijo ha asistido a Camp Cartwheel antes, ¿cuál ES SU apodo? _____

¿Qué le gusta hacer a su hijo en su tiempo libre? _____

¿Puede su hijo nadar (Seleccione uno)?	¿Dónde puede nadar su hijo (Seleccione uno)?
<input type="checkbox"/> Sí, mi hijo sabe nadar <input type="checkbox"/> Sí, pero con la ayuda de un dispositivo de flotación y / o asistencia personal mientras está en el agua <input type="checkbox"/> No, mi hijo no sabe nadar <input type="checkbox"/> No en este momento debido a una condición médica / tratamiento	<input type="checkbox"/> Mi hijo puede nadar tanto en una piscina tratada como en un lago <input type="checkbox"/> Mi hijo SOLAMENTE puede nadar en una piscina tratada

¿Cuál es la talla de la camiseta de su hijo (Seleccione una): Niño: ___ Chico ___ Med ___ Grande **Adulto:** ___ Chico ___ Med ___ Grande ___ XGrande

La siguiente información debe ser llenada SOLAMENTE por un PADRE o TUTOR LEGAL. Por favor, NO DEJE NINGUNA ZONA EN BLANCO. Si NO se aplica a su hijo/a, anote N/A.

INFORMACIÓN DE SALUD Y BIENESTAR DE SU HIJO/A:

NOMBRE LEGAL DE SU HIJO/A: _____

Diagnóstico actual: _____ (Si su hijo/a esta en remision o esta saludable) _____

¿Su hijo está en tratamiento activo? SÍ NO

¿Su hijo está en terapia de mantenimiento? SÍ NO

ALERGIAS (NO DEJE ESTO EN BLANCO. Si NO hay alergias, anote ("N/A"))		
Mi hijo tiene alergias ALIMENTICIAS a: (es decir, nueces, colorantes, fresas, gluten, etc.):	Mi hijo tiene alergias a MEDICAMENTOS: (es decir, ibuprofeno, penicilina, sulfa, tylenol, etc.):	Mi hijo tiene alergias AMBIENTALES a: (es decir, plantas, polvo, polen, picadura de abeja, látex, cinta, etc.):
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.

Historial de salud del Campista	
<p>**Por favor, marque si su hijo/a tiene o ha tenido alguno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de Sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Viruela</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes</p> <p><input type="checkbox"/> Alta presión arterial</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas del Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Piojos en el cabello</p> <p><input type="checkbox"/> Garrapatas de Cama</p> <p>Otro: _____</p>	<p>¿Su hijo tiene alguna necesidad o restricción dietética especial?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si su respuesta es SÍ, Liste cualquier necesidad o restricción dietética especial:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>¿Su hijo/a usa algún dispositivo médico?</p> <p><input type="checkbox"/> Porto</p> <p><input type="checkbox"/> Línea Central</p> <p><input type="checkbox"/> Tubo-G</p> <p><input type="checkbox"/> Drenar</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p>¿Su hijo/a está vacunado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si su respuesta es NO, por favor explique sus razones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>** Si su hijo ha estado expuesto a ALGUNA enfermedad transmitible (es decir, varicela, faringitis estreptocócica, sarampión , COVID y paperas) 1-3 semanas antes del campamento, comuníquese con Andrea Rapanos al 702.735.8434.</p>
<p>¿Su hijo/a tiene problemas de movilidad?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces Si SÍ a veces, por favor explique:</p> <p>_____</p>	<p>¿Cuál es el peso actual de su hijo/a ?</p> <p>_____</p>
<p>¿Su hijo/a necesitará asistencia para ir al baño/aseo?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Solo según lo solicitado</p>	<p>¿Su hijo requiere uso de algún equipo médico duradero (DME) mientras esté en el campamento (es decir, muletas, andador, silla de ruedas, cochecito especial)?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Solo cuando está fatigado</p> <p>Si su respuesta es SÍ, por favor díganos qué equipo llevará al campamento para su uso:</p> <p>_____</p>

La siguiente información debe ser completada por un PADRE o TUTOR LEGAL SOLAMENTE. Por favor, no deje ninguna zona en blanco. Si NO se aplica a su hijo, anote N/A.

INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL Y BIENESTAR DE SU HIJO/A:

NOMBRE LEGAL DE SU HIJO/A: _____

La información solicitada a continuación se utiliza para ayudar a nuestro personal voluntario y personal médico de Camp Cartwheel a tener una mejor comprensión de su hijo, sus hábitos, preferencias y bienestar mentales, emocionales y de comportamiento. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Andrea Rapanos al 702.735.8434 para discutir más.

¿Su hijo/a tiene antecedentes de salud mental? SÍ NO

Si ha marcado SÍ, marque la casilla correspondiente a continuación:

Diagnóstico	Fecha	¿Problema actual o pasado?		¿Está su hijo/a en terapia activa?
Depresión (leve o mayor)		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Trastorno de ansiedad		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
TDAH		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Trastorno desafiante de oposición		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Trastorno bipolar		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Esquizofrenia		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Autolesión/Corte		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pensamientos suicidas		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Intentos suicidas		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Manejo de la ira/comportamiento agresivo		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Autismo/Asperger		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Retardo		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otros: _____		<input type="checkbox"/> Edición actual	<input type="checkbox"/> Edición anterior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Su hijo/a tiene alguna peculiaridad o hábitos inusuales?

Si es así, ¿qué hacen usted y/o su hijo/a para acomodar o calmar esos hábitos para que su hijo/a se sienta cómodo?

¿Hay alguna otra necesidad especial que su hijo/a tenga que el personal de Camp Cartwheel deba conocer?

NOTA:

Nevada Childhood Cancer Foundation tiene una política **de CERO TOLERANCIA del abuso (físico, verbal, mental, emocional - y la intimidación de cualquier tipo.) Si en algún momento, durante Camp Cartwheel, el comportamiento de su hijo/a viola nuestras Normas de Conducta, **resultará** en el despedido **inmediato** de su hijo/a del Campamento.

He leído y/o me han leído la declaración anterior y entiendo las posibles consecuencias de esta poliza:

Iniciales de los padres/tutores: _____

Iniciales de campista: _____



Esta Forma Debe ser llenada SOLAMENTE por el MEDICO

Nevada Childhood Cancer Foundation's CAMP CARTWHEEL PHYSICAL

To the Physician (PAGE 1/2): Your cooperation is needed in supplying the pertinent information about this applicant for attendance at Camp Cartwheel. We will have a Physician and several Registered Nurses on staff that will assist any camper with medical needs. All information is confidential and solely for the guidance of the camp's staff.

Child's Name: _____ Date: _____

All of Child's Medical Diagnosis: _____

Onset of Diagnosis: _____ Is Child in Active Treatment? YES NO

Current course of Treatment: _____

Last course of Treatment: _____ Date: _____

Date therapy discontinued: _____

Drugs administered: _____

Recent operations or Serious illness: _____

Describe any physical disability and/or physical limitations involving any camp activity (i.e., canoeing, climbing, running, swimming, jumping, etc...): _____

May this child be allowed to swim in the camp lake? YES NO

If NO, may this child be allowed to swim in the camp swimming pool (the pool is chemically treated)? YES NO

Convulsions/Seizures (type & frequency): _____

Allergies (including food, medications, environmental): _____

Impaired hearing: _____ Impaired Vision: _____

Neurological deficit/Muscular Problems: _____

Cardiac Abnormalities: _____

Blood Pressure: _____

PHYSICAL EXAM

HEENT	N	ABN_____	Skin	N	ABN_____
Chest	N	ABN_____	Extremities	N	ABN_____
ABD	N	ABN_____	Cardiac	N	ABN_____
Neuro	N	ABN_____			

Immunizations: Up to date? YES NO If no, explain: _____

Recent contact with a contagious disease? YES NO If yes, please describe: _____

****Please note: Labs are only required for a critically ill child who is in active chemotherapy or immunotherapy****

Date	Recent Blood Count (within 4 weeks of Camp)	Date	Recent Blood Count (within 4 weeks of Camp)
H/H:		Platelets:	
WBC:		EOS:	
DIFF:		MONOS:	
SEGS:		Other Lab Abnormalities:	
BANDS:			



Esta Forma Debe ser Llenada SOLAMENTE por el MEDICO

Nevada Childhood Cancer Foundation's CAMP CARTWHEEL PHYSICAL

Al médico (PÁGINA 2/2): Se necesita su cooperación para proporcionar la información pertinente sobre este solicitante para asistir a Camp Cartwheel. Tendremos un médico y varias enfermeras registradas en el personal que ayudarán a cualquier campista con necesidades médicas. Toda la información es confidencial y únicamente para la orientación del personal del campamento.

Child's Name: _____

DOB: _____

MEDICATIONS: (To be completed by parent/guardian and REVIEWED by physician)

If the child requires medication(s) at camp, please complete the following table. ALL medications (both prescription and over-the-counter meds) to be administered during Camp Cartwheel should be clearly labeled bottles with the child's name, drug name, dose amount, when it is to be taken, and put in a clear plastic Ziplock bag with your child's name on it. ALL medications will be turned in to and logged by our Medical Staff at the time of check-in on the first day of camp. Our Camp Medical staff will store and administer the medications as directed. **DO NOT SEND MEDICATIONS OF ANY KIND IN YOUR CHILD'S BACKPACK.**

Will the child need to take medication while at camp? YES NO If YES, please list below:

LIST OF MEDICATIONS NEEDED AT CAMP (TO BE COMPLETED BY PARENT(S) AND REVIEWED BY PHYSICIAN):

Name of Medication	Dose	Frequency (How often your child needs to take this medicine)	Time of dosing (Are they AM meds or PM meds, taken with food, etc.)

Child's preferred method for taking his/her medicine? _____

PHYSICIAN'S STATEMENT: I have examined the named child who is physically able to engage in camp activities, except for physical limitations and restrictions as noted on this physical. I hereby verify the information contained herein regarding all health matters, medications, and immunizations.

Physician's Name (PRINT): _____

Date: _____

Physician's Signature: _____

Hospital/Doctor Office Affiliation: _____

Office Phone Number: _____



ORDEN PERMANENTE GENERAL DE CAMP CARTWHEEL

Con la excepción de todas las alergias documentadas que se indican en la página física y de alergias del niño, se administrarán los siguientes medicamentos, a discreción de la enfermera en el lugar y con el permiso de los padres, según lo indicado en las instrucciones de etiquetado:

- Acetaminophen (Tylenol) 325 mg tabs
- Acetaminophen (Tylenol) 500 mg tabs
- Acetaminophen Liquid (Tylenol) 160mg/5ml
- Ibuprofen (Advil) 200mg tabs
- Ibuprofen Liquid (Advil) 100mg/5ml
- Diphenhydramine (Benadryl) 25mg tabs
- Diphenhydramine Liquid (Benadryl) 12.5mg/5ml
- Dextromethorphan (Delsym) 15mg/5ml
- Ranitidine (Zantac) 10mg tabs
- Calcium Carbonate chewable (TUMS)
- Cetirizine (Zyrtec) 10mg tabs
- Phenylephrine HCL (Suphedrine PE) 10mg tabs
- Guaifensin Liquid 100mg/ml
- Cough Drops (generic)
- Polyethylene Glycol (Miralax)
- Psyllium fiber (Metamucil)
- Phenol spray (Chloraseptic spray)
- Meclizine HCL (Bonine) 25mg tab
- Triple Antibiotic Ointment (Neosporin)
- Hydrocortisone cream 1%
- Tolnaftate cream 1%
- Imodium
- Magnesium Citrate

Con la excepción de cualquier alergia documentada, doy permiso al personal médico en el lugar para entregar estos medicamentos a mi hijo/a según se considere necesario durante su estadía en Camp Cartwheel.

Nombre del niño/a (Letra en molde): _____ Fecha: _____

Nombre de los padres (Letra en molde): _____

Firma de los padres: _____



Condiciones de Inscripción para Camp Cartwheel

El padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente debe firmar el siguiente acuerdo de consentimiento. Su firma a continuación indica la aprobación de lo siguiente:

1. En consideración de la aceptación de la solicitud de participación de mi hijo/a en Camp Cartwheel de Nevada Childhood Cancer Foundation, (NVCCF CC) Por el presente renuncio, libero y descargo todas y cada una de las reclamaciones por daños por muerte, lesiones personales o daños a la propiedad que puedan tener, o que puedan acumularse en lo sucesivo para mi hijo/a, como resultado de su participación en las actividades del Campamento. Esta liberación está destinada a liberar por adelantado al Campamento, Nevada Childhood Cancer Foundation y la Junta de Fideicomisarios y todos sus agentes, representantes, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad, reclamo, costo, gasto y / o daño (denominados colectivamente como "responsabilidad") que surjan de o estén conectados de alguna manera con la participación de mi hijo/a en las actividades del Campamento, aunque esa responsabilidad pueda derivarse de negligencia o descuido por parte de las personas o entidades antes mencionadas. Además, entiendo que ocasionalmente ocurren accidentes graves durante las actividades del Campamento y que los participantes en las actividades del Campamento pueden sufrir lesiones personales mortales o graves y / o daños a la propiedad como consecuencia de ello. Sin embargo, conociendo los riesgos de las actividades del Campamento, acepto asumir esos riesgos y liberar y eximir de responsabilidad a todas las personas o entidades mencionadas anteriormente que (por negligencia o descuido) podrían ser responsables ante mi hijo/a o ante mí (o ante mis herederos o cesionarios) por daños y perjuicios.
2. NVCCF CC y todos sus agentes, representantes y voluntarios y empleados no aceptan ninguna responsabilidad por la pérdida, daño o robo de la propiedad de su hijo/a.
3. En caso de que ambos padres o tutores, durante el campamento, abandonen su lugar o residencia, avisará a la Administración del Campamento donde podrá ser contactado en caso de emergencia.
4. El programa de seguro de accidentes NVCCF CC representa una cobertura secundaria para los campistas. Todas y cada una de las reclamaciones deben presentarse principalmente a la compañía de seguros de la familia.
5. Cobertura de seguro de salud y accidentes (obligatorio): **Adjunte copia de la tarjeta de seguro de salud a esta solicitud**
6. In caso de emergencia médica y / o quirúrgica, usted autoriza a Camp Cartwheel a prestar a su hijo o a hacer arreglos para que su hijo/a reciba radiografías, anestesia, diagnóstico médico, dental, quirúrgico, tratamiento y atención hospitalaria que se considere conveniente y se preste bajo la supervisión de cualquier médico, dentista o cirujano con licencia según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica de Nevada y / o la Ley de Práctica Dental de Nevada.
7. **Reglamento. El equipo médico de NVCCF CC (personal de enfermería y personal médico) tiene permiso para proporcionar atención médica de rutina, administrar medicamentos recetados, incluidos, entre otros, medicamentos de venta libre como analgésicos, jarabe para la tos y ungüentos tópicos, según sea necesario. Se debe adjuntar documentación escrita a la solicitud de la negativa a cumplir con esta norma.**
8. Entiendo que los campistas de 10 a 17 años pueden participar en una experiencia de campamento nocturno de una a tres noches durante Camp Cartwheel. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a pase la noche en el campamento en una cabaña con campistas y personal. **Si mi hijo/a no sigue las reglas claramente identificadas por su consejero y el personal de Camp Cartwheel, se llamará al padre / tutor del niño/a que debe recoger a su hijo/a en Torino Ranch dentro de las 2 horas.**

Iniciales del padre/ tutor: _____ **Iniciales del padre/tutor:** _____

9. NVCCF CC tiene permiso absoluto para usar la imagen de su hijo/a impresa o en cinta o película para cualquier propósito legal.

10. Toda la información es confidencial y únicamente para la orientación de Camp Cartwheel de Nevada Childhood Cancer Foundation.

11. Toda la información es correcta hasta donde yo sé y el niño/a aquí descrito tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas del campamento, excepto según lo indicado por el médico examinador y por mí.

Nombre del padre/tutor: _____ Nombre del campista: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS, GRABACIÓN, FILMACIÓN Y/O PUBLICACIÓN

Por la presente, autorizo a Nevada Childhood Cancer Foundation a fotografiar o grabar o permitir que otras personas me fotografíen o graben a mí y / o a mi hijo/a mientras participan en un evento de Nevada Childhood Cancer Foundation y programas patrocinados. Nevada Childhood Cancer Foundation puede usar y permitir que otras personas utilicen los medios preparados de dichas fotografías o grabaciones para tales fines y de la manera que cualquiera de los dos considere apropiado.

Acepto que las fotografías, grabaciones o videos se pueden usar para fines que incluyen, entre otros, médicos, profesionales de la salud, voluntarios y miembros del público para fines educativos, de relaciones públicas, de fundaciones y fines caritativos, y que dicha difusión puede lograrse de cualquier manera, incluida la impresión, la película y todas las plataformas de redes sociales (es decir, Facebook, Instagram, Twitter, etc.). Entiendo que este acuerdo se está celebrando para ayudar a los objetivos educativos, de relaciones públicas y caritativos y por la presente renuncio a mi derecho a compensación por dichos usos en virtud de las autorizaciones anteriores, y mis sucesores o cesionarios por la presente liberan y retienen a la Nevada Childhood Cancer Foundation (y a todas y cada una de sus compañías afiliadas, funcionarios, directores, empleados, agentes, representantes, licenciatarios, voluntarios y asesores) y asigna inofensivos de y contra cualquier reclamo por lesiones o compensación resultante de las actividades autorizadas por este acuerdo. No recibiré compensación financiera o en especie a cambio del uso o divulgación de las fotografías, grabaciones o medios resultantes. El término "fotografía" tal como se utiliza en el acuerdo anterior, significará grabación, película, fotografía, en cualquier formato, incluida la fotografía fija, la película, la cinta de video, el disco de video y cualquier otro medio mecánico de grabación y producción de imágenes o sonidos. Entiendo que tengo derecho a solicitar el cese de la fotografía o grabación en cualquier momento.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Cumpleaños: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor legal (Letra en Molde): _____



QUÉ LLEVAR AL CAMPAMENTO

Los niños/as de 10 años en adelante tendrán la oportunidad de pasar las 4 noches y 5 días completos en el campamento. Tenga en cuenta que solo podemos tomar un máximo de 85 campistas para nuestra experiencia nocturna y se les dará prioridad a nuestros campistas más antiguos o según la discreción de la administración de Camp Cartwheel y / o el personal de NVCCF. Los campistas serán notificados si están pasando la noche antes del comienzo del campamento. Si su hijo/a no puede pasar una o todas las noches en Camp, asegúrese de notificarnos.

Al empacar para su hijo/a, tenga en cuenta que las temperaturas en la montaña pueden bajar significativamente por la noche. Por favor, empaque los siguientes artículos para su hijo/a y llévelos al autobús el primer día de campamento.

Qué llevar al campamento:

Asegúrese de etiquetar **TODOS los** artículos personales de su hijo/a. Todos los artículos deben empacarse en **UNA** bolsa de lona o maleta que también debe tener el nombre de su hijo/a.

Ropa:

- 4 pares de pantalones/mezclilla/pantalónera
- 4 pares de pantalones cortos
- 4 camisetas
- 4 pares de calcetines
- 4 pares de ropa interior
- 2 pares de pijamas
- 1 chaqueta ligera, sudadera o sudadera con capucha
- 1 traje de baño y toalla de piscina
- 1 par de tenis o zapatillas de deporte
- 1 sombrero para protección solar

Artículos personales:

- Jabón corporal y champú
- Peine o cepillo
- 1 toalla pequeña para la cara
- 1 toalla de baño
- Cepillo de dientes y pasta de dientes
- Chapstick
- ¡Loción y protector solar y un **sombrero!** (Sí, eso se puso allí dos veces para recordarte 😊)

Ropa de cama

- 1 bolsa de dormir (sleeping bag) (si envía cobijas en su lugar, recuerde que las temperaturas pueden caer a mediados de los 40 grados por la noche)
- 1 almohada con funda

Medicamentos

- Todos los campistas durante la noche deben traer suficiente medicamento para 5 días y 4 noches de campamento. Por favor, traiga todos los medicamentos en sus envases originales en una bolsa con cierre hermético y etiquete el exterior de la bolsa con el nombre de su hijo/a. Por favor, entregue todos los medicamentos al área de recogida / entrega del autobús.

Por favor, **NO** traiga lo siguiente: zapatos abiertos o sandalias abiertas, radios, aparatos electrónicos, relojes o joyas caras, jabones o lociones altamente perfumados, latas de aerosol, alimentos de cualquier tipo, fósforos, cuchillos o fuegos artificiales. Cualquier campista en posesión de fósforos, cuchillos o fuegos artificiales está sujeto a ser expulsado del campamento.

Tenga en cuenta que Camp Cartwheel no se hace responsable de la pérdida o daño de cualquiera de las pertenencias de su hijo/a.

Por favor, guarde este formulario para su referencia



SEIS PREGUNTAS QUE DEBE HACERSE ANTES DE ENTREGAR ESTA SOLICITUD

¿Está completa esta solicitud? ¿No?

Bueno, exploremos esto, ¿de acuerdo? 😊 Si

1. ¿He impreso claramente en esta solicitud toda la información requerida y no he dejado nada en blanco que justifique un correo electrónico de la directora? Si su respuesta es SÍ, continúe con la siguiente pregunta. Si su respuesta es NO, por favor revise y corrija esta solicitud.
2. ¿He adjuntado un examen físico actual y completo para que mi hijo/a asista al campamento? Si la respuesta es SÍ, continúe con la siguiente pregunta. Si su respuesta es NO, programe una cita con el médico de su hijo/a, ya que todos los exámenes físicos deben estar actualizados y no el que se usó el año anterior.
3. ¿He adjuntado una copia de mi identificación con foto? Si su respuesta es SÍ, continúe con la siguiente pregunta. Si su respuesta es NO, por favor haga una copia y adjúntela a esta solicitud ANTES de entregarla.
4. ¿He adjuntado una copia de la tarjeta de seguro de salud de mi hijo/a? Si su respuesta es SÍ, continúe con la siguiente pregunta. Si su respuesta es NO, por favor haga una copia y adjúntela a esta solicitud ANTES de entregarla. Si su hijo/a no tiene seguro médico, asegúrese de que la directora esté al tanto.
5. ¿He adjuntado una copia del registro de vacunación de mi hijo/a? Si su respuesta es SÍ, continúe con la siguiente pregunta. Si su respuesta es NO, por favor haga una copia y adjúntela a esta solicitud ANTES de entregarla.
6. Si respondiste a todas las preguntas y tienes toda la información requerida, puedes entregar tu solicitud.

Muchas Gracias 😊