



Para asistir a **Project Denver** GRATIS regrese las siguientes formas completas a no más tardar el \_\_\_\_\_ a su escuela o su contacto en su agencia.

1. Información de Emergencia/Formulario de Registración
2. Póliza de Abuso de los Niños
3. Formulario de Consentimiento de Salud
4. Formulario de la Evaluación de Salud en General (físico) ---firmado por un doctor
5. Ajunte una copia del RECORD DE VACUNAS reciente de su niño/a

*\*Todas los formularios tienen que ser entregados para reservar su lugar en el Campamento\**

**Donde:** Carson Elementary:  
5420 E. 1st Avenue, Denver, CO 80220

**Cuando:** July 2nd, 3rd, 5th and 6th

**Nosotros les proporcionaremos:**

**¡DIVERSIÓN!!!** ¡Una experiencia de campamento estupenda!  
Almuerzo & “Snacks”

**Por favor envíe a su niño/a al Campamento Con:**

**Una mochila conteniendo lo siguiente:**

Botella de Agua  
Traje de Baño & Toalla & Crema Solar  
Zapatos para agua-opcional

Para mas información o preguntas por favor llame a:  
Katie 720-217-3075 • Jill 303-589-9330

**KEEP THIS PAPER AS YOUR REMINDER.**

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y FORMA DE AUTORIZACIÓN

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Fecha de Nacimiento) (Niño/a)

Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_  
(Relación con el niño/a)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Incluya el número del apartamento) (Ciudad) (Código Postal)

Números Telefónicos \_\_\_\_\_  
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Otros miembros de la familia que estarán asistiendo a Project Denver:

Yo doy permiso que mi hijo/a use equipo proveído por el personal en el campus y que participe en todas las actividades en Project Denver.

Yo doy permiso para que la persona en autoridad tome las medidas necesarias para obtener cuidado de emergencia si es necesario. Estas medidas incluyen, pero no so limitadas a, lo siguiente:

1. Intento de hacer contacto con el padre o guardián.
2. Intento de hacer contacto con el doctor del niño/a.
3. Intento de hacer contacto con las personas de emergencia en la lista debajo.
4. Llamar a una ambulancia o paramédico.
5. Llevar a mi niño para tratamiento a cualquier doctor o hospital acompañado por un miembro del personal.

SU PREFERENCIA DE HOSPITAL: \_\_\_\_\_

LOS GASTOS INCURRIDOS SON LA REPSPONSABILIDAD DE LA FAMILIA DEL NIÑO/A.

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

La Compañía del Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

### CONTACTOS DE EMERGENCIA

El Doctor del Niño/a: \_\_\_\_\_

(Teléfono)

Dentista del Niño/a: \_\_\_\_\_

(Teléfono)

En caso de que usted no esté disponible, por favor anote dos contactos de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

(Teléfono)

Nombre: \_\_\_\_\_

(Teléfono)

### SOLAMENTE LA SIGUIENTES PERSONAS TIENEN MI PERMISO DE RECOJER A MI NIÑO

Incluya los nombres del padre/guardián que recogerá al niño/a.

Nombre: \_\_\_\_\_

(Teléfono)

Nombre: \_\_\_\_\_

(Teléfono)

Nombre: \_\_\_\_\_

(Teléfono)

Nombre: \_\_\_\_\_

(Teléfono)

Firma del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

(Fecha)

Email: \_\_\_\_\_

# GENERAL HEALTH APPRAISAL FORM

**PARENT please complete AND SIGN**

**Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Birthdate:** \_\_\_\_\_

**Allergies:**  None or Describe \_\_\_\_\_  
Type of Reaction \_\_\_\_\_

**Diet:**  Breast Fed  Formula \_\_\_\_\_  Age Appropriate

Special Diet \_\_\_\_\_

Sleep: Your health care provider recommends that all infants less than 1 year of age be placed on their back for sleep.

Preventive creams/ointments/sunscreen may be applied as requested in writing by parent unless skin is broken or bleeding.

I, \_\_\_\_\_ give consent for my child's care health provider, school child care or camp personnel to discuss my child's health concerns. My child's health provider may fax this form (& applicable attachments) to my child's school, child care or camp personnel. FAX #: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

**HEALTH CARE PROVIDER: Please Complete After Parent Section Completed**

**Date of Last Health Appraisal:** \_\_\_\_\_ **Weight @ Exam:** \_\_\_\_\_

**Physical Exam:**  Normal  Abnormal (Specify any physical abnormalities) \_\_\_\_\_

**Allergies:**  None or Describe \_\_\_\_\_ Type of Reaction \_\_\_\_\_

**Significant Health Concerns:**  Severe Allergies  Reactive Airway Disease  Asthma  Seizures  Diabetes  Hospitalizations  
 Developmental Delays  Behavior Concerns  Vision  Hearing  Dental  Nutrition  Other \_\_\_\_\_

Explain above concern (if necessary, include instructions to care providers): \_\_\_\_\_

**Current Medications/Special Diet:**  None or Describe \_\_\_\_\_

Separate medication authorization form is required for medications given in school, child care or camp

**For Fever Reducer or Pain Reliever (for 3 consecutive days without additional medical authorization) PLEASE CHOOSE ONE PRODUCT**

Acetaminophen (Tylenol) may be given for pain or fever over 102 degrees every 4 hours as needed

Dose \_\_\_\_\_ or see the attached age-appropriate dosage schedule from our office

**OR**  Ibuprofen (Motrin, Advil) may be given for pain or for fever over 102 degrees every 6 hours as needed

Dose \_\_\_\_\_ or see the attached age-appropriate dosage schedule from our office

**Immunizations:**  Up-to-Date  See attached immunization record  Administered today: \_\_\_\_\_

**Health Care Provider: Complete if Appropriate**

**\*\*ONLY REQUIRED BY EARLY HEAD START AND HEAD START PROGRAMS PER STATE EPSDT SCHEDULE\*\***

**\*\* Height @ Exam \_\_\_\_\_ \*\* B/P \_\_\_\_\_ \*\*Head Circumference (up to 12 months) \_\_\_\_\_ \*\***

**\*\* HCT/HGB \_\_\_\_\_ \*\* Lead Level  Not at risk or Level \_\_\_\_\_**

**\*\*TB  Not at risk or Test Results  Normal  Abnormal**

**\*\*Screenings Performed:  Vision:  Normal  Abnormal  Hearing:  Normal  Abnormal  Dental:  Normal  Abnormal-**

**Recommended Follow-up \_\_\_\_\_**

**Provider Signature**

Next Well Visit:  Per AAP guidelines\* or  Age \_\_\_\_\_

This child is healthy and may participate in all routine activities in school sports, child care or camp program. Any concerns or exceptions are identified on this form.

\_\_\_\_\_

Signature of Health Care Provider (certifying form was reviewed)

Date: \_\_\_\_\_

**Office Stamp**

Or write Name, Address, Phone, #

The Colorado Chapter of the American Academy of Pediatrics (AAP) and Healthy Child Care Colorado have approved this form. 04/07

\*The AAP recommends that children from 0-12 years have health appraisal visits at: 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 and 24 months, and age 3, 4, 5, 6, 8, 10 and 12 years.

Copyright 2007 Colorado Chapter of the American Academy of Pediatrics



Estimados padres,

El propósito de esta carta es para informarles de la póliza de Colorado acerca de reportar incidentes de sospecha de abuso a un niño/a por las escuelas públicas o privadas (o por campamentos de verano). Por favor firme y regrese esta forma a Project Denver (Proyecto Denver) para el 15 de Mayo, 2018.

Póliza de Campamento de Verano sobre Reporte de Sospecha de Abuso:

En acuerdo con la ley de los Niños de Colorado Código 19-3-304, un empleado del campo “que tiene causa razonable de saber o sospechar que un niño/a fue sometido a abuso o negligencia o que ha observado al niño/a siendo sometido a circunstancias o condiciones que pudieran resultar en abuso o negligencia” son obligados a reportarlo al Departamento de Servicios Sociales.

Cualquier consejero que tenga conocimiento o sospecha de que un niño ha sido sometido a abuso o negligencia está obligado a presentar un informe ante el Departamento de Servicios Sociales, o consultar con el director del campamento, quien presentará un informe a nombre de la escuela.

La información sobre el caso será tratado de forma confidencial y no será cedida a otros consejeros o padres. La identidad de los consejeros que reportan esta información no será dada a otros consejeros o a los padres.

He leído y entendido la Ley del Estado de Colorado con respecto a la notificación de sospechas del abuso infantil. Entiendo que el personal de Project Denver (Proyecto Denver) está obligado a cumplir con la ley establecida.

Nombre del niño/a:

---

(Fecha de nacimiento)

Firma del Padre/Guardián:

---

(Fecha)



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE SALUD

El firmante abajó padre o guardián legal de \_\_\_\_\_

Nombre del Campista

Por la presente solicito que mi hijo/a le sea dado el siguiente medicamento para las cortadas, fiebre, dolor, hinchazón o picazón. Mi hijo no es alérgico a estos medicamentos ni ha tenido una reacción adversa a ellos. Por eso, doy mi consentimiento para administrarlos según sea necesario.

Pomada Neosporin

Pomada Bacitracin

Advil para Niños – 100mg cada 6-8 horas

Tylenol para Niños – 80mg cada 4 horas

Benadryl para Niños – 12.5 mg cada 4-6 horas

Firma del padre/ guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_