



Niños (edades 6-16) pacientes de Dell Children's Medical Center estan invitados venir y disfrutar un fin de semana gratis a un gran campamento, Camp for All, situado en Burton, Texas. Niños pueden participar en pescar, a caballo y más.

## Construir confianza, hacer amigos!

**Viernes, 20 de Marzo - Donmingo 22 de Marzo 2020**  
El autobús sale del edificio de Strictly Pediatrics el viernes (4pm)  
y regresa el domingo en la mañana(10:30 am)

Las solicitudes completadas se pueden enviar a  
Margaret Ramirez a [mmramirez@ascension.org](mailto:mmramirez@ascension.org)

Solicitudes deben ser devueltas por **February 20th, 2020**



## Enrollment Application:

### Información de campista

Nombre del niño : \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ ☐ niña ☐ niño

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Información del los padres:

Nombre de madre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

El empleador & Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de madre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

El empleador & Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia del Niño? ☐ Ambos ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro \_\_\_\_\_

### Emergency Contact Info

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

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ :

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Otro #: \_\_\_\_\_

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

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Otro #: \_\_\_\_\_

Si los padres no pueden ser contactados, debemos ser capaces de ponerse en contacto con alguien en cualquier momento durante el fin de semana.  
En caso de que ambos padres o tutores abandonen su lugar de residencia durante el Campamento Amigo, informará al personal del Camp Amigo donde podrá ser contactado en caso de emergencia.

**Salemos viernes, 20 de Marzo a las 4pm. Regresamos, 22 de Marzo, 2020 a 10:30am a  
Strictly Pediatric Building**

**Las solicitudes completadas se pueden enviar a  
[mmramirez@ascension.org](mailto:mmramirez@ascension.org) o entregar a nuestra oficina  
Dell Children's Craniofacial and Reconstructive Plastic Surgery Center  
1301 Barbara Jordan Blvd. Ste. 301 • Austin, TX 78723**

**CAMPER CARE INFORMATION:** (To be filled out by parent or guardian)

Ha asistido el niño a otros campamentos nocturnos ? ☐ yes ☐ no

Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño algún temor que debamos tener en cuenta? Por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Hay algo que debamos saber sobre su hijo para que su experiencia en el campamento sea mejor? \_\_\_\_\_

¿Su hijo puede funcionar a su nivel de edad? ☐ Sí ☐ No, Si no, por favor explica: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo hábitos inusuales para acostarse o dormir (pesadillas, sonambulismo, enuresis nocturna)? ☐ Sí ☐ No  
If yes, please describe: \_\_\_\_\_

**Información de salud**

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Alergias** \_\_\_\_\_ : ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumere y describa la gravedad de la reacción, el alojamiento solicitado y lo que se hace para gestionarlos: \_\_\_\_\_

**Condiciones Médicas, Físicas o Emocionales**

Si su hijo tiene alguna condición, proporcione información para ayudarnos crear la mejor experiencia para su hijo.

Si su hijo necesita algún equipo o suministros especiales, por favor enumere: \_\_\_\_\_

Si su hijo tiene restricciones dietéticas y/o alimentos especiales, por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿Expuesto a enfermedades transmisibles (viruela de pollo, sarampión, y paperas) 1-3 semanas antes del campamento? Sí or No

**Medicamentos (para ser completados por los padres o tutores):** Si su hijo debe tomar medicamentos mientras está en el campamento, por favor enumere todos los medicamentos a continuación. Los medicamentos deben estar en sus envases originales y estar debidamente etiquetados. Los padres/tutores deben entregar medicamentos directamente a la enfermera del campamento que recibirá, conservará y administrará los medicamentos según las instrucciones.


**Permiso para fotografiar y tomar video**

Concedo a los representantes y empleados de Austin Smiles y Clínica Craniofacial Cleft el derecho de tomar fotografías y videos de mi hijo durante Camp Amigo. Autorizo a los miembros del equipo a utilizar y publicar las fotografías en forma impresa y/o electrónica. Estoy de acuerdo en que Austin Smiles y Craniofacial Cleft Clinic puede utilizar fotografías de mi hijo en publicidad y ilustración.

Firma (padres) \_\_\_\_\_

Nombre escrito \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Usted debe llenar una exención para que su hijo asista al campamento.

Por favor, vaya en línea y rellene este documento:

<https://www.waiverfile.com/b/CampForAll/ChooseWaiver.aspx?eventid=dc00e0dd-2f7c-4e9b-9b4d-d94ae42e263a>