

INSTRUCCIONES DE PAQUETE DE INSCRIPCIÓN



Estimado Padre del Campamento de Verano Thorne,

¡Gracias por elegir al campamento de verano Thorne para su hijo! La inscripción en línea a través de nuestro portal: www.thornenature.org - es fácil y rápida, y es la única manera de reservar, de manera inmediata, un lugar en el campamento de verano Thorne. Si no tiene acceso a la Internet, o prefiere inscribirse en español, por favor llene todos los formularios requeridos, y que adjuntamos, y envíelos por correo a nuestra dirección postal: P.O. Box 19107, Boulder CO 80308 - 2107 ó envíelo por fax al: 720-565-3873. Todos los formularios deben ser completados por los padres o el Representante legal.

Los campistas no pueden asistir al Campamento de Verano Thorne sin haber presentado todos los formularios necesarios. La información requerida aparece abajo en letra ***negrilla y cursiva***. Todos los formularios necesarios para la inscripción del campamento de verano Thorne se incluyen en el paquete de inscripción y se enumeran a continuación. Por favor llene un paquete de inscripción por cada niño que desee inscribir. Si se sucede algún cambio en la información de contacto, salud del niño o de médicos, antes del inicio del campamento, es su responsabilidad notificar a Experiencia Natural Thorne a la mayor brevedad posible.

Los formularios requeridos para todas las "Experiencias Campamento" de una semana son:

- Formulario de inscripción**
Regresar con el Paquete de Inscripción.
- Formulario de Autorización de los Padres**
Regresar con el Paquete de Inscripción.
- Formulario de Historia Médica y Contactos en caso de Emergencia**
Regresar con el Paquete de Inscripción.
- Reconocimiento y Acuerdo de Riesgos y Cesión así como Acuerdo de Indemnización**
Regresar con el Paquete de Inscripción.
- Formulario de Vacunación y Exención de Inmunización**
Deberá entregar este formulario dos semanas antes de que comience el campamento de su hijo.
Regrese con el paquete de inscripción ó por fax al: 720-292-1863.

Si su hijo debe traer medicamentos al campamento (por ejemplo, inhaladores, inyección de emergencia como EpiPen®, medicamentos recetados, o medicamentos de venta libre), por favor lea y llene la Información del Plan de Acción de Medicamentos y demás formularios incluidos en este paquete.

Después de recibir el paquete de inscripción completo, el personal de Thorne configurará una cuenta CampInTouch en línea para su familia e inscribirá a su campista en el Campamento de Verano Thorne. Usted recibirá un correo electrónico confirmando la inscripción de su hijo una vez que ésta haya sido procesada. Thorne también le enviará una hoja informativa con las listas del equipo necesario para el Campamento, indicaciones y descripciones del campamento antes de la fecha de inicio. Es importante que podamos contactarle por correo electrónico antes de y durante el campamento de verano. Si no tiene una dirección de correo electrónico, por favor, configure una cuenta de correo electrónico antes de comenzar este formulario, o designe una persona autorizada para recibir mensajes de correo electrónico que le comparta nuestra información electrónica durante el verano.

Si tiene alguna pregunta acerca de Campamento de Verano Thorne, o acerca del proceso de Inscripción, por favor contáctenos al: 303-499-3647.

Gracias por elegir Thorne, ¡nos emociona mucho poder aprender y jugar con su hijo en la naturaleza!

Desde la naturaleza, muy atentamente,

Experiencia Natural Thorne
PO Box 19107
Boulder, CO 80308
303.499.3647
www.thornenature.org

Campeonato de Verano Experiencia Natural Thorne



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE LA CUENTA

Thorne configurará una cuenta en línea para su familia mediante la siguiente información. Puede acceder a su cuenta en línea en cualquier momento para ver su registro o hacer cambios a su información personal.

Nombre de la cuenta de usuario:		Apellido de Ingreso a la cuenta:	
Relación con el/la campista :	Correo electrónico de la Cuenta de Usuario:	Contraseña deseada:	

INFORMACIÓN DEL CAMPISTA

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Apodo:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):
Grado (actualmente):	Escuela:	

¿Cómo se enteró de Thorne?

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
-------------------	----------------	----------------	-----------------------

INFORMACIÓN "EXPERIENCIA DEL CAMPAMENTO"

Instrucciones:
 1. Seleccione la ubicación "Experiencia de Campamento" y el nombre que desea registrar de acuerdo a los horarios y precios del folleto de Campamento de Verano de Thorne, o el catálogo en línea: www.thornenature.org / programas / verano campamentos .
 2. A continuación registrar la semana (s) correspondiente con su selección en "Experiencia Campamento (s) ."
 3. Si una " Experiencia de Campamento" en donde desea inscribir está llena, será contactado por un miembro del personal de Thorne y se le dará la opción de registrarse para una segunda opción y/o a unirse a una lista de espera sin recargo alguno

Selección (s) "Experiencia de Campamento"

Lugares	Nombre "Experiencia de Campamento"	Fechas	Precio	Cuidado Extendido	Precio Total
<input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Littleton				<input type="checkbox"/> Si \$75	
<input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Littleton				<input type="checkbox"/> Si \$75	
<input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Littleton				<input type="checkbox"/> Si \$75	
<input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Littleton				<input type="checkbox"/> Si \$75	
<input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Littleton				<input type="checkbox"/> Si \$75	
<input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Littleton				<input type="checkbox"/> Si \$75	
<input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Littleton				<input type="checkbox"/> Si \$75	
<input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Littleton				<input type="checkbox"/> Si \$75	

El precio total de "Experiencia de Campamento" es \$_____.

PAYMENT INFORMATION

El pago total se debe en el momento de la inscripción. Thorne ofrece planes de pago para satisfacer las necesidades de las familias que de otra manera no pueden enviar a un niño al campamento. Si requiere un plan de pago, a continuación por favor seleccione su forma de pago preferida, y envíenos un correo electrónico a info@thornenature.org para que podamos discutir las opciones y aprobar su solicitud de plan de pago. En todos los casos, el pago total debe ser recibido antes de que su hijo(a) inicie la "Experiencia de Campamento"

<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> E-Cheque <input type="checkbox"/> Cheque	Tarjeta de Crédito # _____ Fecha Exp. ____/____ CVV____
Routing E-Cheque # _____ Cuenta # _____	Cheque # _____

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

PADRE / REPRESENTANTE # 1 - INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:		Apellido:	
Relación con el campista:		Estado civil:	
Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	Teléfono de la casa:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico Principal:		Otro Correo Electrónico:	

PADRE / REPRESENTANTE # 2 - INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:		Apellido:	
Relación con el campista:		Estado civil:	
Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico Principal:		Otro Correo Electrónico:	

PROMOCIONES Y CUPONES

Por favor escriba un código promocional válido y/o cupón, en su caso. _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

El proporcionar esta información opcional ayuda a Thorne entender mejor nuestra población campista, lo que nos permite adaptar nuestros programas a las necesidades de nuestros campistas. También es de utilidad cuando aplicamos las subvenciones de las fundaciones y corporaciones para los programas de becas.

Por favor, especifique cómo se identifica la raza/etnia de los campistas. Seleccione todas las que apliquen:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático Americano
 Negro o afroamericano
 Hispano o Latino
 Multiracial
 Nativo de Hawai u de otra isla del Pacífico
 Blanco
 Otro _____

Por favor seleccione todos los idiomas que su campista habla con fluidez:

- Inglés
 Español
 Otro _____

Si su campista no habla Inglés, por favor escriba a info@thornenature.org ó llame al 303.499.3647 para que podamos discutir las necesidades únicas de su hijo durante el campamento de verano de Thorne.

SOLICITUDES DE AMIGOS

Thorne sabe lo importante que puede ser para un niño a ir al campamento con un amigo. Algunos de nuestros campamentos más populares tienen múltiples grupos de campistas durante la misma semana. Para asegurarse de que su hijo está en el mismo grupo que su / sus amigos, por favor, escriba el nombre del amigo (s) y el nombre del campo (s) a continuación. Hacemos todo lo posible para honrar a las solicitudes de amistad, pero no están garantizados. No podemos dar cabida a las solicitudes de amistad dentro de 14 días del inicio del campamento, así que por favor haga sus peticiones lo antes posible.

Nombre de la "Experiencia de Campamento"	Semana del Campamento	Lugar de Campamento	Nombre y apellido del amigo (s)

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES



AUTORIZACIÓN PARA DEJAR Y RECOGER A SU HIJO

Esta autorización es opcional. Si no la llena, su hijo solo será entregado a sus padres y/o al Representante que aparece en su Planilla de Inscripción, y no se le permitirá irse en bicicleta, autobús o caminar a casa.

Aparte de los Padre (s)/Representante (s) de mi hijo, autorizo a las siguientes personas a Dejar o Recoger a mi hijo hacia y fuera del campamento de verano de Thorne:

Nombre y apellido	Relación (por ejemplo, tía)	Teléfono	Dirección, Ciudad , Estado, Código Postal

¿Hay alguna persona a quien no debemos entregar a su hijo(a)? _____

¿Autoriza a que su hijo(a) firme directamente, permitiéndole a él/ella irse en bicicleta, caminar, tomar el autobús público o alguna otra forma de transporte hacia y fuera del campamento Thorne? Sí No

He leído y estoy de acuerdo con Autorización de Dejar y Recoger a excepción de las observaciones señaladas a continuación.

Firma _____ **Fecha** _____

Por favor haga una lista de cualquier observación que tenga a la Autorización de Dejar y Recoger:

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN SOLAR

No se permite que un instructor de Thorne ayude en la aplicación de Protector solar, u ofrezca Protector solar, sin autorización escrita de los padres.

Autorizo a que los instructores Thorne ayuden a mi hijo en la aplicación del bloqueador solar que mi hijo trajo al campamento, en caso de que el Protector solar de mi hijo no esté disponible, mi hijo está autorizado a utilizar el Protector solar "Montañas Rocosas" proporcionado por Thorne.

He leído y estoy de acuerdo con la Autorización de Protector Solar a excepción de las observaciones señaladas a continuación.

Firma _____ **Fecha** _____

Por favor haga una lista de cualquier observación que tenga a la Autorización de Protección Solar:

AUTORIZACIÓN DE REPELENTES

No se permite que un instructor de Thorne ayude en la aplicación de Repelente de Insectos, u ofrezca Repelente de Insectos, sin autorización escrita de los padres.

Autorizo a que los instructores Thorne ayuden a mi hijo en la aplicación del Repelente de Insectos que mi hijo trajo al campamento, en caso de que el Repelente de Insectos de mi hijo no esté disponible, mi hijo está autorizado a utilizar el Repelente de Insectos proporcionado por Thorne.

He leído y estoy de acuerdo con la Autorización de Repelente de Insectos a observaciones de las exclusiones señaladas a continuación.

Firma _____ **Fecha** _____

Por favor haga una lista de cualquier observación que tenga a la Autorización de Repelente de Insectos:

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne



HISTORIA MÉDICA Y FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

SALUD MÉDICA

A continuación, por favor enumere y explique si su hijo (a) tiene o ha tenido alguna condición médica que su instructor deba saber o que pudiera ser de utilidad para un profesional en caso de que su hijo necesite atención médica durante el programa de Thorne. Los ejemplos de las condiciones que debe enumerar son: lesiones en la cabeza, convulsiones, epilepsia, dolores de cabeza o desmayos, problemas de audición, problemas de visión, asma o problemas respiratorios, problemas en articulaciones o huesos, problemas de sangrado o coágulos, problemas del corazón, hepatitis, diabetes, ictericia, SIDA, hipoglucemia, Problemas abdominales, mal de altura, problemas de la piel o sarpullidos, congelación o hipotermia, hospitalizaciones o cirugías en los últimos dos años, agotamiento por calor o Convulsión por calor, anafilaxia.

MENTAL, EMOCIONAL, Y SALUD SOCIAL

¿Ha sido diagnosticado su campista con alguna de las siguientes trastornos de salud social, y/o salud mental, emocional? (Seleccione todas las que apliquen)

- Trastorno de Déficit de Atención (ADD o AD/HD)
- Problemas de Aprendizaje o de procesamiento (discapacidad)
- Depresión, Trastorno de pánico, de ansiedad
- Trastornos de Alimentación
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Trastorno del espectro autista, Desorden del procesamiento sensorial
- Otros trastornos de salud Mental, Emocional, o de Salud Social

A continuación, proporcione cualquier información relacionada con la salud mental, emocional y social de su hijo (a) que usted cree que sería útil a los instructores de Thorne para ayudar a que su niño tenga experiencia más divertida y lo más segura posible durante el Campamento de Verano Thorne. Thorne se esmera en ofrecer la mejor experiencia de campamento a todos los niños, incluyendo aquellos que tienen necesidades especiales y/o que requieren apoyo adicional. Es responsabilidad de los padres comunicarle a Thorne acerca de cualquier detalle que necesitemos saber acerca de su hijo (a) para poder colocarlos en el mejor ambiente y asegurar una exitosa experiencia. Nuestro personal no está capacitado para apoyar necesidades especiales, y Thorne no puede asumir la responsabilidad financiera en caso de que su hijo no pueda participar de manera segura en el campamento, por lo que no ofrecemos reembolsos. Es importante que exista una comunicación abierta para poder determinar si contamos con los recursos necesarios para atender a su hijo. Las preocupaciones deben ser dirigidas directamente a Erin Saunders, Directora del Programa de Educación, a través de su correo electrónico: erin@thornenature.org ó llamando al teléfono 303-499-3647 extensión 101.

ALERGIAS

Por favor enumere cualquier alergia que tiene su hijo, incluyendo insectos, medicamentos, alimentos y alérgenos ambientales como el polen, y describa la reacción y la gravedad, y si se requiere cualquier medicamento.

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne



HISTORIA MÉDICA Y FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

RESTRICCIONES DIETÉTICAS

Por favor enumere cualquier restricción dietética que su hijo tiene y que debemos tener en cuenta.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proporcione Nombre de la Póliza de Seguro, número de grupo, y número de la Póliza.

INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL

¿Hay alguna otra información que debemos saber acerca de la salud de su hijo (a) que pueda ser útil a los instructores de Thorne para poder ayudar a que su hijo tenga la experiencia más divertida y segura posible durante el Campamento de Verano Thorne?

RESTRICCIONES DE PARTICIPACIÓN

Los padres están obligados a leer la Hoja de Detalle de "Experiencia de Campamento" (s) y discutir con su hijo acerca de la naturaleza de las actividades y riesgos potenciales de su participación en el Campamento de Verano Thorne. **Por favor, indique a continuación cualquier actividad (es) que su hijo no quiera o a la que no se les permita participar, ya sea por razones de salud u cualquier otra.**

MEDICAMENTOS

Thorne hace todo lo posible para incluir a los niños con necesidades de medicación. Todos los instructores están capacitados en RCP, primeros auxilios, y Administración de Medicamentos, que permite a los instructores administrar Epi-pens, inhaladores y algunos medicamentos orales en presencia de otro y por órdenes firmada por el médico.

Para ciertas condiciones médicas, como la diabetes, nos esforzamos en dar a nuestros instructores el entrenamiento adecuado y necesario para la administración de los medicamentos adicionales que puedan requerir los niños (as). Estamos más capacitados en dar cupo a niños con necesidades más allá de alergias y asma con previo aviso. Envíe un correo electrónico a info@thornenature.org si su hijo (a) tiene una condición médica más allá de alergias o asma, y que puedan requerir adaptaciones o capacitación adicional para los instructores.

Por favor, enumere todos los medicamentos, incluidas las recetas médicas, medicamentos de venta libre y remedios a base de hierbas, que actualmente toma su hijo toma, y describa la razón de la medicación, la dosis y la frecuencia, así como los posibles efectos secundarios.

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne



**HISTORIA MÉDICA Y
FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Si su hijo va a traer algún medicamento al campamento, por favor marque la casilla correspondiente:

- Epinefrina Auto inyector (como EpiPen)
- antihistamínicos (como Benadryl)
- Inhalador
- Otros medicamentos (por favor explique) _____

Si su hijo va a traer el medicamento al campamento, por favor pida a su médico que llene y firme el plan de acción correspondiente (s). Los campistas no pueden traer ningún medicamento al campamento sin orden firmada por el médico.

Si su hijo va a traer el medicamento al campamento Y está registrado para el Cuidado Extensivo, deberá traer doble ración de medicamento, uno para la "Experiencia de Campamento", y la otra para el "Cuidado Extendido".

- Si
- No

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Por favor proporcione información médica local. Si es nuevo residente del área metropolitana de Denver, por favor llene el formulario con la información del médico anterior de su hijo (a), y actualice el formulario tan pronto como sea posible una vez que haya elegido un nuevo médico para su hijo (a). Si está de visita en el área metropolitana de Denver y no tiene un médico local, proporcione información del médico no local de su hijo.

Nombre y Apellido:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN DEL DENTISTA

Por favor proporcione información de su dentista local. Si es nuevo residente del área metropolitana de Denver, por favor llene el formulario con la información del dentista anterior de su hijo (a), y actualice el formulario tan pronto como sea posible una vez que haya elegido un nuevo médico para su hijo (a). Si está de visita en el área metropolitana de Denver y no tiene un dentista local, proporcione información del dentista no local de su hijo.

Nombre y Apellido:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:

INFORMACIÓN DEL HOSPITAL PREFERIDO

Por favor use información del hospital local. Si es nuevo en el área metropolitana de Denver o está de visita, por favor investigue y seleccione un hospital local como su hospital preferido

Nombre del Hospital preferido:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PADRE / TUTOR

Por favor proporcione información del empleador del padre o representante, incluidas las direcciones de empleo, lo que podría ser de utilidad al necesitar ubicar a un padre o representante en caso de una emergencia. Si trabaja por cuenta propia, por favor escriba el nombre del empleador como "por cuenta propia" y si trabaja desde su hogar, por favor suministre la dirección de su residencia.

Nombre del Empleador:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Por favor escriba el nombre de una persona como contacto de emergencia local en caso de una emergencia en la que no se logre contactar a los padres / representantes.

Nombre y Apellido:		Teléfono Celular:		Teléfono de Casa:	
Relación:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne



HISTORIA MÉDICA Y FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

EN CASO DE QUE MI HIJO ESTÉ HERIDO A CAUSA DE UN ACCIDENTE O SE ENFERMA GRAVEMENTE, AUTORIZO A LA EXPERIENCIA NATURAL THORNE QUE SUMINISTRE PRIMEROS AUXILIOS A SU NIVEL DE FORMACIÓN E IDENTIFIQUE EL TRANSPORTE DE MI HIJO A UN MÉDICO DE EMERGENCIA CON LICENCIA PARA ATENCIÓN EN UN CENTRO PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO. ADEMÁS, AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO DE DICHA INSTALACIÓN A QUE PROPORCIONEN DICHO TRATAMIENTO A MI HIJO COMO DE ACUERDO A LA NATURALEZA Y ALCANCE DE SU LESIÓN Y QUE ESTÉ EN CONFORMIDAD CON LOS PROTOCOLOS DE NORMA EN LA PRÁCTICA MÉDICA. FINALMENTE, ACEPTO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE TODOS LOS COSTOS ASOCIADOS CON EL TRASLADO Y LA ASISTENCIA MÉDICA DE MI HIJO PARA EL TRATAMIENTO PROPORCIONADO POR LA ENTIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA A MI HIJO

He leído y estoy de acuerdo con la autorización de la atención médica.

FIRMA _____ **FECHA** _____

VERIFICACIÓN

CON MI FIRMA, TESTIFICO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTE FORMULARIO SON COMPLETAS Y CORRECTAS, Y QUE HE PROPORCIONADO A LA EXPERIENCIA NATURAL THORNE TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR A LA EXPERIENCIA NATURAL THORNE DE CUALQUIER CAMBIO, INCLUIDOS LOS CAMBIOS EN LA SALUD E INFORMACIÓN DE CONTACTO

FIRMA _____ **FECHA** _____

THORNE NATURE EXPERIENCE:
RECONOCIMIENTO Y ASUNCIÓN DE RIESGOS Y ACUERDO DE LIBERACIÓN E
INDEMNIZACIÓN



INTRODUCCIÓN

Favor de leer todo este Reconocimiento y Asunción de Riesgos y Acuerdo de Liberación e Indemnización (en lo sucesivo “Documento”) cuidadosamente antes de firmarlo. Todos los adultos participantes deben firmar este Documento. Un padre o tutor legal (en lo sucesivo colectivamente “padre”) debe firmar si el participante (incluyendo los líderes remunerados o voluntarios) es menor de 18 años de edad (en lo sucesivo a veces “menor” o “hijo”). En virtud de los servicios de Thorne Nature Experience, la entidad propietaria de (o con derecho a usar) la propiedad/instalaciones donde se llevan a cabo las actividades, y cada uno de sus dueños, miembros, gerentes, directivos, directores, empleados, agentes, representantes, voluntarios, contratistas respectivos y todas las personas o entidades afiliadas y sus sucesores y cesionarios (individual y colectivamente denominados en este Documento como “Thorne”), yo (participante y/o padre de un menor participante de su parte y de su menor participante) reconozco y acuerdo lo siguiente:

ACTIVIDADES, RIESGOS Y RECONOCIMIENTO Y ASUNCIÓN DE RIESGOS

La participación en las actividades educativas, didácticas, recreativas y/o de aventura de Thorne conlleva riesgos. Estas actividades pueden ser de un día o de varios días, llevarse a cabo en interiores o exteriores, y estar ubicadas en propiedad pública y/o privada dentro o fuera de Colorado. Las actividades incluyen de forma enunciativa mas no limitativa: caminatas o senderismo (dentro y fuera de caminos); acampar o viajar de mochilero; escalar rocas con o sin equipo; pesca; ciclismo (dentro y fuera de caminos); capacitación en ética al aire libre o supervivencia en la naturaleza o habilidades de rastreo de animales; experimentos científicos o recopilación de datos; juegos educativos; artes y manualidades; proyectos de servicio (incluyendo paisajismo, mantenimiento de las instalaciones); capacitación en habilidades educativas ambientales; uso de cualquier equipo o instalaciones y transporte, incluyendo excursiones en camiones, camionetas, carros y otros vehículos de y hacia las actividades (colectivamente denominadas en el presente Documento como “actividades”). Estas actividades pueden ser programadas o no programadas, supervisadas o no supervisadas, dirigidas por el personal de Thorne o sus contratistas, e incluyen actividades llevadas a cabo durante el tiempo libre y/o independiente del participante. **Reconozco que los riesgos inherentes y otros riesgos, peligros y amenazas (colectivamente denominados en este documento como “riesgos”) de estas actividades pueden provocar lesión, discapacidad o muerte del participante u otros y/o daño o pérdida de la propiedad del participante u otros. A continuación se establecen algunos, pero no todos los riesgos.** El padre de un menor participante acuerda practicar la naturaleza de las actividades y riesgos con su hijo y da permiso a su hijo a participar en todas las actividades y excursiones (salvo que se establezca lo contrario por escrito durante el proceso de inscripción), incluyendo permiso para ser transportado en un camión escolar o camioneta perteneciente a Thorne o rentado o con notificación previa para subirse a un vehículo perteneciente u operado por un miembro del personal de Thorne, voluntario o participante o el padre de un participante de Thorne.

Riesgos presentes en un ambiente al aire libre o natural. Estos riesgos incluyen viajar en altitudes altas y terreno montañoso. Los participantes pueden estar sujetos a tormentas, incluyendo relámpagos, vientos fuertes, lluvia o nieve; rocas inestables o cayendo; clima o agua frío o caliente; fuego incontrolado o humo de fuego incontrolado; madera caída o cayendo; animales, insectos o microorganismos que piquen, venenosos y/o portadores de enfermedades (muertos o vivos); plantas venenosas; animales salvajes y otros peligros naturales o hechos por el hombre. Los riesgos pueden no estar marcados o visibles y el clima siempre es impredecible.

Riesgos asociados con cualquier actividad al aire libre o atlética. Estos riesgos incluyen el riesgo de que un participante sobreestime sus habilidades o condición; esté inatento; pierda control y se tropiece o caiga y/o choque con otros, el piso, piedras o árboles o se enfrente a otros peligros de agua/terreno/calle/camino; no entienda el funcionamiento (o mal uso) del equipo; no logre sortear terreno empinado, desnivelado o difícil; no controle su velocidad o experimente fallas en el equipo.

Riesgos del equipo. Los riesgos incluyen el riesgo de que se dé mal uso al equipo o que pueda romperse, fallar o descomponerse. El equipo incluye el equipo personal del participante, el equipo de Thorne o cualquier otro equipo. Los participantes que decidan traer y usar su equipo personal (incluyendo cualquier equipo de seguridad) asumen completa responsabilidad, junto con sus padres, por elegir equipo adecuado y por el ajuste y la condición de su equipo. Si el participante usa equipo de seguridad, dicho equipo puede prevenir o disminuir lesiones en algunos casos; sin embargo, el uso del equipo de seguridad no es una garantía de seguridad y puede ocurrir una lesión incluso con el uso de este equipo. **El equipo de Thorne se entrega en el estado en que se encuentra y Thorne no ofrece ninguna garantía, explícita o implícita (incluyendo cualquier condición de comerciabilidad o idoneidad para un propósito particular) con respecto al equipo, la propiedad o las instalaciones.**

Riesgos involucrados en juicios y toma de decisiones. Estos riesgos incluyen el riesgo de que un miembro del personal de Thorne, representante, contratista, coparticipante u otra parte pueda juzgar equivocadamente las habilidades, salud o condición física (incluyendo nivel de condición) de un participante (u otro), o juzgue equivocadamente algunos aspectos del clima, terreno, condiciones de agua, instrucción, asistencia o tratamiento médico.

Riesgos de salud personal y participación. El riesgo de que la condición mental, física o emocional del participante (incluyendo cualquier uso o abuso de fármacos con o sin receta médica), ya sea revelada o no revelada, conocida o desconocida, combinada con la participación en estas actividades, pueda resultar en lesión, discapacidad o muerte de un participante u otros o daño o pérdida de propiedad. El participante quizá necesite consultar a un médico antes de participar; es responsabilidad del participante (y del padre de un menor) considerar si estas actividades son adecuadas para el participante.

Riesgos de ubicación geográfica. Las actividades pueden realizarse en ubicaciones remotas, lo cual provoca posibles retrasos o dificultades de comunicación, transporte, evacuación y cuidados médicos. Aunque el personal o los contratistas de Thorne puedan tener dispositivos de comunicación (incluyendo celulares o transmisores satelitales), el uso de estos dispositivos en terreno al aire libre, montañoso y/o natural es poco fiable e inconsistente.

Riesgos de proyecto de servicio. Participar en proyectos de servicio puede incluir riesgos asociados con actividades como construir, cavar, levantar, pintar proyectos de construcción, paisajismo y limpieza. Los proyectos pueden incluir el uso de herramientas y equipo (p.ej., sierras, herramientas eléctricas, hachas, escaleras) que pueden provocar una lesión que resulte del uso, mal uso o falla.

Riesgos de acampar. Los riesgos incluyen explosión de gas, escaldaduras y otras quemaduras asociadas con cocinar sobre una estufa de gas o fogata, y contaminación de agua en fuentes hídricas naturales. Toda el agua proveniente de fuentes hídricas puede estar contaminada y se debe desinfectar, filtrar o hervir antes de su uso.

Riesgos de las instalaciones. Los riesgos incluyen senderos, caminos y pisos resbalosos, rocas, suelos y surcos desnivelados, un humedal, y otras condiciones que existen en y alrededor de la propiedad. Los participantes pueden realizar las tareas de Thorne con el uso de herramientas y materiales de Thorne.

Riesgos de tiempo libre. Los participantes tendrán tiempo libre y/o independiente sin supervisión antes, durante y después de iniciar actividades y en diversos otros momentos. Durante las actividades con y sin supervisión, **todos los participantes comparten la responsabilidad de su propio bienestar y acuerdan obedecer todas las reglas y políticas de Thorne.**

Riesgos en cuanto a conducta. Los riesgos incluyen la posibilidad de que el participante u otros individuos actúen sin cuidado o irresponsablemente.

Estos y otros riesgos pueden resultar en que los participantes: se caigan parcialmente o caigan al suelo; sean golpeados; choquen o impacten objetos o personas; experimenten un choque, volcadura o volteo de un vehículo; se atoren o enreden en objetos arriba o abajo del agua; reaccionen a altitudes altas, condiciones climáticas o ejercicio incrementado; se pierdan o desorienten; sufran complicaciones gastrointestinales o reacciones alérgicas o experimenten otros problemas. Estas y otras circunstancias pueden provocar enfermedades o condiciones relacionadas con el calor o frío (incluyendo hipotermia, hipertermia, inmersión en agua fría, quemadura por frío o golpe de calor/insolación), deshidratación, ahogamiento, mal de altura, complicaciones del corazón o pulmón, huesos fracturados, parálisis u otra discapacidad permanente, trauma mental o emocional, conmociones cerebrales, quemaduras de sol u otras quemaduras, infecciones, piquetes o mordidas de insecto o animal, cortadas o heridas u otra lesión, daño, muerte o pérdida.

Entiendo que la información proporcionada en este Documento, incluyendo en los Riesgos mencionados anteriormente, no es exhaustiva y pueden existir otros riesgos, actividades y resultados desconocidos o inesperados, y Thorne no puede garantizar la seguridad del participante o eliminar cualquiera de estos riesgos.

Yo (participante y/o padre de menor participante) además reconozco y acuerdo lo siguiente:

1. revisar toda la información recibida de Thorne, completar toda la información solicitada correctamente y cumplir con las reglas y políticas de Thorne;

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne



FORMULARIO DE VACUNACIÓN

FORMULARIO DE VACUNACIÓN Y FORMULARIO DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN INSTRUCCIONES

En el expediente de cada campista participando en nuestros programas de una semana de duración, Thorne debe tener un formulario de inmunización actualizado o un formulario de Excepción de Inmunización firmada. Esto es requerido por la ley del estado de Colorado. El formulario o el formulario de Excepción se convertirá en una parte del registro permanente de su hijo (a), y pueden ser actualizado en cualquier momento. El formulario o el formulario de Excepción deberán presentarse por lo menos dos semanas antes de que comience la " Experiencia de Campamento" de su hijo.

- **Por favor, envíe una copia del formulario de inmunización vigente de su hijo, que contenga toda la información pertinente, y que esté firmado por un médico, enfermera, o autoridad de salud escolar.**
- **Si usted no tiene ya una copia en papel del formulario de Inmunización actual de su hijo , consulte a su médico para completar el Formulario de Inmunización adjunto.**
- **Si usted no vacuna a su hijo , por favor firmar y enviar el Formulario de Excepción de Inmunización.**

Por favor, envíe las Formas de Vacunación o formulario de Excepción de Inmunización vía fax al 720-292-1863 de manera que el personal de Thorne pueda agregar el formulario en línea a su cuenta CampInTouch. Si no tiene acceso a un fax, el formulario puede ser enviado por correo a Thorne Nature Experience, PO Box 19107, Boulder, CO, 80308. Recibirá un correo electrónico de confirmación una vez que su Formulario de Vacunación o formulario de Excepción de Inmunización haya sido agregada a tu cuenta CampInTouch. Si no recibimos su Formulario de Vacunación o formulario de Excepción de Inmunización dos semanas previas a la fecha en que su hijo (a) comienza su "Experiencia de Campamento", le enviaremos un recordatorio urgente.

Su hijo no puede asistir al Campamento de Verano Thorne sin un Formulario de Vacunación firmado o formulario de Excepción de Inmunización de Inmunización en el archivo.

Si tiene preguntas sobre la presentación de su Formulario de Vacunación o formulario de Excepción de Inmunización por favor llame a Thorne al 303-499-3647 ext. 100.

VERIFICACIÓN

CON MI FIRMA, AFIRMO QUE HE LEÍDO LAS INSTRUCCIONES DE EL FORMULARIO DE INMUNIZACIÓN ANTERIORMENTE Y FORMULARIO DE EXCEPCIÓN DE VACUNACIÓN Y QUE ENTIENDO MI HIJO (A) NO PUEDE ASISTIR AL CAMPAMENTO DE VERANO DE THONE SIN UN FORMULARIO DE VACUNACIÓN FIRMADO O FORMULARIO DE EXCEPCIÓN DE IMMUNZATION EN LOS ARCHIVOS.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
FORMULARIO DE VACUNACIÓN



COLORADO LAW REQUIRES THAT THIS FORM BE COMPLETED FOR EACH STUDENT ATTENDING COLORADO SCHOOLS

Name _____ Date of Birth _____
 Parent/Guardian _____

COLORADO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND ENVIRONMENT—CERTIFICATE OF IMMUNIZATION

Vaccine		Enter the month, day and year each immunization was given					
Hep B	Hepatitis B						
DTaP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis (pediatric)						
DT	Diphtheria, Tetanus (pediatric)						
Tdap	Tetanus, Diphtheria, Pertussis						
Td	Tetanus, Diphtheria						
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b						
IPV/OPV	Polio						
PCV	Pneumococcal Conjugate						
MMR	Measles, Mumps, Rubella						
Measles	Measles						
Mumps	Mumps						
Rubella	Rubella						
Varicella	Chickenpox					Healthcare Provider Documentation Date	Lab Verification Date
Vaccines recorded below this line are recommended. Recording of dates is encouraged.							
HPV	Human Papillomavirus						
Rota	Rotavirus						
MCV4/MPSV4	Meningococcal						
Hep A	Hepatitis A						
TIV/LAIV	Influenza						
Other							

THIS SECTION CAN BE COMPLETED BY CHILD CARE/SCHOOL/HEALTH CARE PROVIDER

- A) Child Care Up to Date**
 Up to date through 6 months of age for Colorado School Immunization Requirements
 Update Signature _____ Date _____
 - B) Child Care Up to Date**
 Up to date through 18 months of age for Colorado School Immunization Requirements
 Update Signature _____ Date _____
 - C) Child Care/Pre-school/Pre-K***
 Up to date for Child Care/Pre-School/Pre-K for Colorado School Immunization Requirements
 Update Signature _____ Date _____
 - D) Complete for K-5th Grade**
 Up to date for K-5th Grade for Colorado School Immunization Requirements
 Update Signature _____ Date _____
- * If age 4 years and fulfills Requirements for Pre-School & Kindergarten, check BOTH Boxes C and D.

HAS MET ALL IMMUNIZATION REQUIREMENTS FOR COLORADO SCHOOLS (6TH GRADE OR HIGHER)

Signed _____ Title _____ Date _____
 (Physician, nurse, or school health authority)

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
**FORMULARIO DE
LAS EXENCIONES DE VACUNACIÓN**



Name _____ Date of Birth _____
Parent/Guardian _____

**STATEMENT OF EXEMPTION TO IMMUNIZATION LAW
(DECLARACIÓN RESPECTO A LAS EXENCIONES DE LA LEY DE VACUNACIÓN)**

**IN THE EVENT OF AN OUTBREAK, EXEMPTED PERSONS MAY BE SUBJECT TO EXCLUSION FROM SCHOOL AND TO QUARANTINE.
SI SE PRESENTA UN BROTE DE LA ENFERMEDAD, ES POSIBLE QUE A LAS PERSONAS EXENTAS SE LES PONGA EN CUARENTENA O SE LES EXCLUYA DE LA ESCUELA.**

MEDICAL EXEMPTION: The physical condition of the above named person is such that immunization would endanger life or health or is medically contraindicated due to other medical conditions.
EXENCIÓN POR RAZONES MÉDICAS: El estado de salud de la persona arriba citada es tal que la vacunación significa un riesgo para su salud o incluso su vida; o bien, las vacunas están contraindicadas debido a otros problemas de salud.
Medical exemption to the following vaccine(s):
La exención por razones médicas aplica a la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 Hep B DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR
Signed (Firma) _____ Date (Fecha) _____
Physician (Médico)

RELIGIOUS EXEMPTION: Parent or guardian of the above named person or the person himself/herself is an adherent to a religious belief opposed to immunizations.
EXENCIÓN POR MOTIVOS RELIGIOSOS: El padre o tutor de la persona arriba citada, o la persona misma, pertenece a una religión que se opone a la inmunización.
Religious exemption to the following vaccine(s):
Exención por motivos religiosos de la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 Hep B DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR
Signed (Firma) _____ Date (Fecha) _____
Parent, guardian, emancipated student/consenting minor
(Padre, tutor, estudiante emancipado o consentimiento del menor)

PERSONAL EXEMPTION: Parent or guardian of the above named person or the person himself/herself is an adherent to a personal belief opposed to immunizations.
EXENCIÓN POR CREENCIAS PERSONALES: Las creencias personales del padre o tutor de la persona arriba citada, o la persona misma, se oponen a la inmunización.
Personal exemption to the following vaccine(s):
Exención por creencias personales de la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 Hep B DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR
Signed (Firma) _____ Date (Fecha) _____
Parent, guardian, emancipated student/consenting minor
(Padre, tutor, estudiante emancipado o consentimiento del menor)

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
**INFORMACIÓN DEL PLAN DE
ACCIÓN DE MEDICAMENTOS**



Estimado Padre del Campamento de Verano Thorne,

¡Gracias por elegir el campamento de verano Thorne para su hijo! Si su hijo va a traer la medicamento (s) al campamento, por favor obtenga el Plan de Acción de medicación adecuado (s) la cual deberá estar firmada por un proveedor de atención de salud con autoridad para recetar medicamento. Todos los planes de acción de medicamentos se pueden enviar a través de su cuenta en línea en CampInTouch <http://www.thornenature.org/programs/summer-camps/>. Si no tiene acceso a la Internet, por favor complete el Plan de Acción de medicamentos adecuada (s) que damos a continuación y envíelos por correo a PO Box 19107, Boulder CO 80308- 2107 ó por fax al 720-565-3873.

Los campistas no pueden asistir al Campamento de Verano Thorne con medicamentos a menos que se haya presentado un adecuado plan de acción de la medicación. Hay tres diferentes planes de acción de medicamentos disponibles, dependiendo de qué medicamento (s) que su hijo necesita. **Todos los planes de acción de medicamentos deben estar firmados por un médico autorizado.** Por favor, envíe su plan de acción de medicamentos por separado, uno por cada cada niño, y cada medicamento que se añadan al Campamento de Verano Thorne. Si se producen cambios en la salud de su hijo antes del inicio del campamento, es su responsabilidad notificar a la Experiencia Natural Thorne en el momento oportuno.

Plan de acción necesario para poder traer medicamentos, durante una semana, a la "Experiencias de Campamento":

- 1) Plan de Acción para Medicamentos Alergias** – Marque si su hijo va a traer un inyector de emergencia (por ejemplo, EpiPen ®) o un antistamínico (por ejemplo, Benadryl ®) para el campamento.
- Debe entregar dos semanas antes de que comience el campamento de su hijo.
 - Devolver por correo con el paquete de inscripción ó enviar su formulario vía fax al 720-292-1863 y traer una copia antes al campamento.
- 2) Plan de Acción para Medicamentos de Asma** - Marque si su hijo va a traer un inhalador o nebulizador para el campamento.
- Debe entregar dos semanas antes de que comience el campamento de su hijo.
 - Devolver por correo con el paquete de inscripción o enviar por fax su formulario a 720-292-1863 y traer una copia antes al campamento.
- 3) Plan de Acción para la Administración de Medicamentos** - Marque si su hijo va a traer al campamento medicamentos que no sean un inhalador, nebulizador o antistamínico (por ejemplo Ritalin ®).
- Debe entregar dos semanas antes de que comience el campamento de su hijo.
 - Devolver por correo con el paquete de inscripción o enviar su formulario por fax al 720-292-1863 y traer una copia antes al campamento.

Después de recibir un plan de acción de medicamentos completa, el personal de Thorne lo añadirá a su cuenta en línea CampInTouch. Recibirá un correo electrónico de confirmación una vez que su plan de acción del medicamento haya sido añadido a su cuenta. Si no recibimos su Plan de Acción de medicamentos antes de la fecha de vencimiento dos semanas antes de que comience su "Experiencia de Campamento", se le informará que su hijo va a traer el medicamento al campamento, y le enviaremos un recordatorio urgente. Por favor, sepa que si un medicamento reportado no está presente todos los días, su hijo (a) no podrá asistir al campamento. Si tiene alguna pregunta acerca de Campamento de Verano Thorne o acerca de Planes de Acción de medicamentos, contáctenos al 303.499.3647 ó escriba a info@thornenature.org.

¡Gracias por ayudarnos a mantener a su hijo seguro mientras explora durante el Campamento de Verano Thorne!

Suyo en la naturaleza,

Eñ equipo de Exeroencias Naturales Thorne
PO Box 19107
Boulder, CO 80308
303.499.3647 ext. 100
www.thornenature.org

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
**INFORMACIÓN DEL PLAN DE
ACCIÓN DE MEDICAMENTOS**



POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

La Política de Medicamentos de la Experiencia Natural Thorne está diseñada para garantizar la administración segura y precisa de los medicamentos de rutina para todos los niños inscritos en el Campamento de Verano de Thorne. Un plan de atención de salud por escrito con instrucciones debe ser completada por el médico del niño (a) y entregada a Thorne para medicamentos inhalados / nebulizados, inyecciones de emergencia (EpiPen ®) , medicamentos prescritos, o medicamentos de venta libre. Los padres son responsables de proporcionar todos los medicamentos, formularios y otros materiales al Campamento de Verano Thorne.

Thorne hace todo lo posible para incluir a los niños con necesidades de medicamentos. Todos los instructores del campamento de verano Thorne están entrenados en RC, primeros auxilios, y la Administración de Medicamentos, lo cual les permite administrar inyecciones de emergencia, inhaladores y algunos medicamentos orales en presencia de órdenes firmada del médico. Consultor de RN de Thorne delegará y supervisará la administración de medicamentos de los instructores que han completado con éxito la certificación requerida de Administración de Medicamentos.

Para ciertas condiciones médicas , como la diabetes, nos esforzaremos por ofrecer a nuestros instructores el entrenamiento adecuado y necesario para la administración de los medicamentos adicionales que los niños puedan requerir. Somos capaces de asistir a niños con necesidades más allá de alergias y asma siempre y cuando recibamos previo aviso. Envíe un correo electrónico a info@thornenature.org si su hijo tiene una condición médica más allá de alergias o asma que pueden requerir adaptaciones o capacitación adicional por parte de los instructores. Haremos todo lo posible para acomodar a su hijo, pero no podemos garantizar que podemos satisfacer las necesidades médicas específicas de su hijo durante el campamento de verano de Thorne.

Debido a que la administración de medicamentos requiere más tiempo por parte del personal, así como consideraciones de seguridad, le pedimos a los padres que consulten con su proveedor de atención médica para ver si se puede arreglar un programa de dosificación que no implique las horas cuando el niño está en el campamento de Thorne.

Política de Administración de Medicamentos

Se deben cumplir Los siguientes requisitos para que un campista pueda traer la medicina al campamento de verano Thorne:

- 1) El medicamento debe estar en su envase original y estar etiquetado
- 2) La prescripción del medicamento debe incluir (incluidos en los Planes de Acción de Medicamentos adjuntos) la autorización escrita de un proveedor de atención de salud autorizado
- 3) La prescripción del medicamento debe incluir la autorización por escrito de un padre o representante (incluidos en los Planes de Acción de Medicamentos adjuntas)

Los instructores no pueden alterar la autorización escrita del proveedor de cuidado de salud autorizado para recetar. Los instructores deben contar y registrar la cantidad de sustancias controladas (por ejemplo Ritalin ®) recibida de los padres, y en presencia de los padres.

Los medicamentos que han caducado o que no se utilicen en el centro, serán devueltos a los padres / representantes. Si el medicamento no ha sido recogido hasta de una semana después de la fecha de la solicitud, los medicamentos serán eliminados por una persona entrenada en medicamentos RN y de acuerdo a los procedimientos establecidos.

Cuidado y Almacenamiento

Debido a la configuración móvil, y al aire libre del Campamento de Verano Thorne, los medicamentos serán guardados en la mochila del instructor Los medicamentos que requieren refrigeración se almacenarán en un contenedor a prueba de fugas en una hielera con el Director del Campamento de Verano Thorne o Coordinador del campamento. Los medicamentos controlados serán contados y la seguridad estará asegurada por el Director del Campamento de Verano Thorne o Coordinador del campamento. Preferimos un segundo conjunto de medicamentos y los formularios requeridos para los niños que asisten a la atención extendida, y los padres son los responsables de proporcionar un segundo conjunto a la mesa de registro del campamento durante el primer día de campamento. Bajo ninguna circunstancia, los niños podrán mantener medicamentos en sus propias mochilas. Esta prohibición incluye recetas como inhaladores y medicamentos de venta libre como Sudafed ®.

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
**INFORMACIÓN DEL PLAN DE
ACCIÓN DE MEDICAMENTOS**



INSTRUCCIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE MEDICAMENTOS

Para que un niño pueda traer medicina a campamento, hay que tener: 1) un plan de acción de la medicación actual cargado a su cuenta de CampInTouch y 2) una copia del Plan de Acción de Medicamentos el primer día de campamento. Esto es requerido por la ley del estado de Colorado.

Si su hijo va a traer medicamento (s) al campamento, por favor asegúrese de llenar el formulario correspondiente y de que firmado por un médico con autoridad para recetar. Hay disponibles tres planes de acción de medicamentos diferentes, dependiendo de cuál medicamento (s) requiere su hijo:

- 1) **Plan de Acción para Medicamentos de Asma** - debe entregar si su hijo va a traer un inhalador o nebulizador para acampar.
- 2) **Plan de Acción para Medicamentos de Alergias** - si su hijo va a traer un inyector de emergencia (por ejemplo, EpiPen ®) o un antihistamínico (por ejemplo, Benadryl ®) para el campamento.
- 3) **Plan de Acción de Administración de Medicamentos** - debe entregar si su hijo va a traer al campamento medicamentos que no sean de un inhalador, nebulizador o antistamínico (por ejemplo Ritalin ®).

También podemos aceptar formularios similares a las que envían a la escuela de su hijo, siempre y cuando el formularios esté: 1) firmado por un médico con autoridad para recetar, 2), firmado por uno de los padres, 3) incluya el nombre del niño, 4) incluya el nombre del medicamento, 5) incluya la cantidad del medicamento que debe suministrarse, y 6) incluya una descripción de cuándo y cómo el medicamento se debe dar a su hijo.

Presentación de un Plan de Acción de Medicamentos a Thorne:

Un Plan de Acción de la medicamentos se convertirá en parte de la inscripción permanente de su hijo a Thorne, y puede ser actualizada en cualquier momento.

Los planes de acción de la medicamentos deben presentarse dos semanas antes de su "Experiencia de Campamento" comienza.

Por favor envíe su Plan de Acción de Medicamentos por fax a 720-292-1863 para que el personal de Thorne lo pueda agregar a su cuenta en línea CampInTouch. Si no tiene acceso a un fax, el formulario puede ser enviado por correo a Thorne Nature Experience, PO Box 19107, Boulder, CO, 80308. Recibirá un correo electrónico de confirmación cuando su plan de acción del medicamentos haya sido añadido a su cuenta CampInTouch.

Si no hemos recibido su Plan de Acción de medicamentos antes de la fecha de vencimiento, dos semanas antes de que comience su "Experiencia de Campamento", y haya informado que su hijo va a traer el medicamento al campamento, le enviaremos un recordatorio urgente.

Traer un plan de acción de medicamentos al Campamento:

También es necesario que traiga, en una bolsa Ziploc, una copia del Plan (s) de Acción de Medicamentos el primer día de campamento con el medicamento (s) de su hijo (a). El medicamento y planes de acción (s) se realizarán por su instructor en todo momento. El medicamento no puede traerse al campamento sin instrucciones firmadas por un médico. Además, si usted informó que su hijo va a traer medicamento al campamento y deja de traerlo al campamento, no podemos aceptar a su hijo en el campamento, a menos que tengamos órdenes firmadas por el médico de que su hijo ya no necesita la medicación que usted informó.

Si su hijo requiere medicamentos en el campamento, y también está inscrito en Cuidado Extendido, sería ideal que envíe dos conjuntos de medicamentos y los formularios necesarios para el campamento. Una dosis de medicamentos se realizará por el instructor de campamento durante el día, y la otra dosis de medicamentos se realizará por el instructor Cuidado Extendido. Si esto no es posible, cada día los padres tendrán que transportar medicamentos hacia y desde el campamento. Por favor, recuerde que si usted informó que su hijo va a traer medicamento al campamento y deja de traerlo al campamento, no podemos aceptar a su hijo en el campamento, a menos que tengamos órdenes firmadas por el médico de que su hijo ya no necesita la medicación que usted informó.

Por favor llame a Thorne al 303-499-3647 ext. 100 si tiene preguntas sobre la presentación de su Plan de acción de Medicamentos.

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN
DE MEDICAMENTOS CONTRA LAS ALERGIAS



Página 1 de 2

Student's Name: _____ D.O.B. _____ Grade: _____
 School: _____ Teacher: _____



ALLERGY TO: _____

History: _____

Asthma: YES NO *Higher risk for severe reaction

◇ **STEP 1: TREATMENT**

SYMPTOMS: GIVE CHECKED MEDICATION(S)		
➤ Suspected ingestion or sting, but <i>no symptoms</i>	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
MILD SYMPTOMS: Itchy mouth, few hives, mild itch, mild nausea/discomfort		<input type="checkbox"/> Antihistamine
MOUTH: Itching, tingling, or mild swelling of lips, tongue, mouth	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
SKIN: Flushing, hives, itchy rash	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
STOMACH: Nausea, abdominal pain or cramping, vomiting, diarrhea	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
‡ THROAT: Tightening of throat, hoarseness, hacking cough	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
‡ LUNG: Shortness of breath, repetitive coughing, wheezing <input type="checkbox"/> Inhaler	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
‡ HEART: Weak or thready pulse, dizziness, fainting, pale, or blue hue to skin	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine
➤ If reaction is progressing (several of the above areas affected), give	<input type="checkbox"/> Epinephrine	<input type="checkbox"/> Antihistamine

‡ Potentially life threatening: give epinephrine first, then can give antihistamine!

ATTENTION: severity of symptoms can quickly change!

DOSAGE

Epinephrine: inject intramuscularly (check one):

- EpiPen@0.3 mg EpiPen@Jr.0.15 mg
 Administer 2nd dose if symptoms do not improve in 15 – 20 minutes

Antihistamine:

give _____
 (Medication/Dose/Route)

ATTENTION: If Antihistamine is given, parents will be notified to pick up their child for closer observation!

Asthma Rescue (if asthmatic):

give _____
 (Medication/Dose/Route)

Student has been instructed and is capable of self administering own medication. Yes No

Provider (print) _____

Phone Number: _____

Provider's Signature: _____

Start Date: _____ End Date: _____

To be completed by healthcare provider

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
**INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN
DE MEDICAMENTOS CONTRA LAS ALERGIAS**



Página 2 de 2

◇ **STEP 2: EMERGENCY CALLS:** If epinephrine given, **call 911**. State that an allergic reaction has been treated and additional epinephrine, oxygen, or other medications may be needed.

1. Parent: _____ Phone Number: _____

2. Emergency contacts: Name/Relationship _____ Phone Number(s) _____

a. _____ 1) _____ 2) _____

b. _____ 1) _____ 2) _____

ATTENTION: EVEN IF A PARENT/GUARDIAN CANNOT BE REACHED; DO NOT HESITATE TO ADMINISTER EMERGENCY MEDICATIONS

I give permission for school and/or child care facility personnel to share this information, follow this plan, administer medication and care for my child and, if necessary, contact our health care provider. I assume full responsibility for providing the school and/or childcare facility with prescribed medication and delivery/monitoring devices. I approve this Severe Allergy Care Plan for my child. **This Health Care Plan will be effective for one year or unless parents and/or physician request to have changes made sooner**

Parent/Guardian's Signature: _____ Date: _____

School Nurse: _____ Date: _____

Student Name: _____

DOB: _____

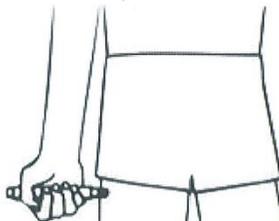
EpiPen® and EpiPen® Jr. Directions

Expiration date: _____

1. Pull off blue activation cap.



2. Hold orange tip near outer thigh (always apply to thigh)



3. Swing and jab firmly into outer thigh until Auto-Injector mechanism functions. Hold in place and count to 10. Remove the EpiPen® unit CALL 911
4. Student to remain lying down

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
**INFORMACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN
 DE MEDICAMENTOS CONTRA EL ASMA**



Página 1 de 1

NAME:	BIRTH DATE:
TEACHER:	GRADE:
PARENT/GUARDIAN:	CELL PHONE:
HOME PHONE:	WORK PHONE:
OTHER CONTACT:	PHONE:
PREFERRED HOSPITAL:	



Triggers: Weather (cold air, wind) Illness Exercise Smoke Dog/Cat
 Dust Mold Pollen Other: _____

Give 2 puffs of _____ rescue med 15 minutes before activity.

Indications: Phys Ed class Exercise/Sports Recess

Explanation: Repeat in 4 hours if needed for additional or ongoing physical activity

YELLOW ZONE: SICK – UNCONTROLLED ASTHMA (Health provider complete dosing for rescue inhaler)

IF YOU SEE THIS:	DO THIS:
<ul style="list-style-type: none"> Difficulty breathing Wheezing Frequent cough Complains of chest tightness Unable to tolerate regular activities but still talking in complete sentences Other: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> Stop physical activity GIVE RESCUE MED (NAME): _____ <input type="checkbox"/> 1 PUFF <input type="checkbox"/> 2 PUFFS <input type="checkbox"/> OTHER: _____ <input type="checkbox"/> VIA SPACER If no improvement in 10-15 minutes, repeat use of rescue med: <input type="checkbox"/> 1 PUFF <input type="checkbox"/> 2 PUFFS <input type="checkbox"/> OTHER: _____ <input type="checkbox"/> VIASPACER If student's symptoms do not improve or worsen, call 911 Stay with student and maintain sitting position Call parents/guardians and school nurse Student may resume normal activities once feeling better

- IF THERE IS NO RESCUE INHALER AT SCHOOL:**
 - > CALL PARENTS/GUARDIANS TO PICK UP STUDENT AND/OR BRING INHALER/MEDICATIONS TO SCHOOL
 - > INFORM THEM THAT IF THEY CANNOT GET TO SCHOOL, 911 MAY BE CALLED

IF YOU SEE THIS: RED ZONE -SEVERE UNCONTROLLED ASTHMA	DO THIS IMMEDIATELY:
<ul style="list-style-type: none"> Coughs constantly Struggles or gasps for breath Trouble talking (only able to speak 3-5 words) Skin of chest and/or neck pull in with breathing Lips or fingernails are gray or blue ↓ Level of consciousness 	<ul style="list-style-type: none"> GIVE RESCUE MED (NAME): _____ <input type="checkbox"/> 1 PUFF <input type="checkbox"/> 2 PUFFS <input type="checkbox"/> OTHER: _____ <input type="checkbox"/> VIA SPACER Call 911 Inform attendant the reason for call is ASTHMA Call parents/guardians and school nurse Encourage student to take slower deeper breaths Stay with student and remain calm <i>School personnel should not drive student to hospital</i>

INSTRUCTIONS FOR RESCUE INHALER USE: HEALTH PROVIDER: PLEASE CHECK APPROPRIATE BOX

Student has life threatening allergy, the EpiPen is located: _____

 HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE HEALTH CARE PROVIDER PRINTED NAME START DATE END DATE

I give permission for school personnel to share this information, follow this plan, administer medication and care for my child and, if necessary, contact our physician. I assume full responsibility for providing the school with prescribed medication and delivery/monitoring devices. I approve this Asthma Care Plan for my child.

 PARENT SIGNATURE DATE

Copy of plan provided to: Teachers Phys Ed/Coach Principal Main Office Bus Driver Other _____ 504 Plan or IEP

Campamento de Verano Experiencia Natural Thorne
**PLAN DE ACCIÓN DE LA
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**



Página 1 de 1

To be completed by the child's health care provider with prescriptive authority:

Please complete a separate form for each medication.

Child Name: _____ Birthdate: _____

Medication: _____

Dosage: _____ Route: _____

Time of Day Medication is to be Given: _____

Special Instructions: _____

Purpose of Medication: _____

Possible Side Effects: _____

Start Date: _____ End Date: _____

Signature of Person with Prescriptive Authority Phone # Date

Printed Name of Person with Prescriptive Authority

To be Completed by the Parent or Guardian:

I hereby give my permission for _____ (Child's Name) to take the above medication, in child care, as ordered by the health care provider. I understand that it is my responsibility to furnish this medication.

Signature of Parent or Guardian Date

Note: The medication is to be brought to child care in the original container which clearly states the child's name, the health care provider, the name of the medication, date, time, and dosage. This form must also be filled out completely in order for the medication to be given. This is the Division of Child Care Licensing requirement.