



Wagon Road Camp
431 Quaker Road, Chappaqua, NY 10514
Phone: 914-238-4761 | Fax: 914-238-0714
E-Mail: cayala@childrensaidnyc.org

OPWDD
Regulated
Program

por favor, tome en cuenta que fax y correo regular son de las formas más seguras de enviar información personal; correos electrónicos enviados sin cifrar no siguen las regulaciones de HIPAA. En eligiendo a enviar estos formularios por correo electrónico, usted asume la responsabilidad por la información personal de su hijo/a

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE OVERNIGHT RESPITE (CUIDADOS POR LA NOCHE) **2022/2023**

Información del Campista

Apellido _____ Nombre _____

Dirección (número y calle) _____ Depto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Discapacidad _____

Información demográfica: (opcional)

Etnia: Hispano o Latino No Responde

Raza: Nativo de América del Norte o de Alaska Asiático Negro/Afroamericano

Nativo de Hawái/Habitante de una isla del Pacífico Blanco Otro No Responde

Nombre de la escuela: _____ Maestro: _____

Marque según corresponda: Ed. especial Sí No IEP Sí No Aprendiz de idioma inglés Sí No

Información del padre/tutor

Información del padre/tutor N° 1.

Nombre (en letra legible) _____ Apellido _____

Dirección (número y calle) _____ Depto. _____

Si es igual a la del campista, marque aquí:

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario/Laboral _____
(donde se lo pueda ubicar a toda hora)

Relación con el Campista _____

Dirección de email del padre/tutor _____

Información del padre/tutor N° 2. (si corresponde)

Nombre (en letra legible) _____ Apellido _____

Dirección (número y calle) _____ Depto. _____

Si es igual a la del campista, marque aquí:

City _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario/Laboral _____
(donde se lo pueda ubicar a toda hora)

Relación con el Campista _____

Dirección de email del padre/tutor _____

Contactos de emergencia

Identifique a DOS personas QUE NO VIVAN EN SU CASA con quien nos podamos comunicar en caso de que los padres/tutores que se mencionan arriba no estén disponibles.

Nombre Completo

Si esta persona también puede recoger a su hijo, marque aquí:

Relación con el campista _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario/Laboral _____
(donde se lo pueda ubicar a toda hora)

Nombre Completo

Si esta persona también puede recoger a su hijo, marque aquí:

Relación con el campista _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario/Laboral _____
(donde se lo pueda ubicar a toda hora)

Nombre del Niño _____

Información de Medicaid

Agencia de MSC (Coordinador de servicios de Medicaid): _____ Phone #: _____

Coordinador de servicios de Medicaid (MSC) _____
Nombre Dirección de email

Nº. de Medicaid #: _____ Nº. de TABS: _____ Exención de Medicaid: Sí No

Consent Statement for Program Admission and Emergency Care

Admisión: Afirmo que soy el padre/tutor del niño anteriormente mencionado y autorizo a Children’s Aid a admitir a mi hijo en el Programa Wagon Road Respite. Mi hijo podrá participar en todas las actividades: natación, equitación, circuitos de cuerdas en altura y bajas, tiro al arco, deportes, cocina, música, arte, senderismo, actuaciones profesionales para invitados, juegos y actividades en pequeños grupos. Autorizo a que el personal le brinde a mi hijo cuidados de higiene personal como: duchas, cambio de pañales, aplicación de loción y/o control de aseo personal. Autorizo al personal a usar jabón/champú, protector solar y repelente de insectos para el cuidado de mi hijo. Autorizo a mi hijo a tener alguna de las lociones, protectores solares o repelentes de insectos que envío. Más aún, autorizo al personal a utilizarlos en nombre de mi hijo. También autorizo a que el personal de Wagon Road realice una revisión corporal de mi hijo al comienzo y al final de cada programa.

Si mi hijo necesita atención médica o dental de emergencia y no se pueden comunicar conmigo, autorizo al Programa Wagon Road Overnight Respite de The Children’s Aid Society a buscar atención médica o dental de emergencia para mi hijo. Acepto pagar todos los gastos asociados con la atención médica o dental de emergencia que reciba mi hijo. Comprendo que se harán todos los esfuerzos por comunicarse conmigo antes o después de que se brinde la atención médica o dental.

Esta autorización se aplica a menos que yo especifique por escrito que mi hijo no participará en una actividad.

Artículos perdidos: Comprendo que Children’s Aid no es responsable por artículos perdidos y comprendo que se recomienda que no se lleven al campamento elementos de mucho valor.

Nombre del padre/tutor: _____ (en letra legible)

Firma del padre/tutor

Fecha

Admissions Guidelines & Reduction, Suspension, or Discontinuance of Services

WRC Respite Care se complace en ofrecer servicios en nuestro Children’s Aid Camp ubicado en Chappaqua del condado de Westchester. Nuestro personal incluye enfermeros con experiencia y personal especialmente capacitado en campamentos de día. Tenemos capacidad limitada y por consiguiente, por desgracia, no podemos ofrecer servicios a jóvenes que:

- Requieran intervención física para la seguridad y el bienestar general (por ejemplo, jóvenes con antecedentes de fuga, jóvenes que necesiten control con equipos médicos, o son médicamente frágiles)
- Supongan un riesgo para la seguridad y el bienestar de sí mismos y de otras personas (por ejemplo, jóvenes con planes de comportamiento y que requieren restricción física)

En caso de que un participante presente las conductas mencionadas anteriormente, los servicios estarán sujetos a reducción, suspensión o cancelación. Un administrador de Overnight Respite llamará a fin de hablar de estas cuestiones y de la decisión que se tome. Esa llamada telefónica será seguida de una carta que describa el cambio y las razones. Los padres tienen derecho a objetar los cambios en el servicio. La carta describe el procedimiento que pueden llevar a cabo los padres para objetar el cambio en el servicio.

He leído las pautas para las admisiones y la política de reducción, suspensión o cancelación de los servicios del programa Overnight Respite de Children’s Aid y comprendo que se comunicarán conmigo si esto se aplica a mi hijo. Comprendo que tengo derecho a objetar cualquier cambio en el servicio de mi hijo.

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre del Niño _____

Regulaciones para la Administración de medicamentos

Las regulaciones de NYS requieren que, a fin de que dentro del programa CA Wagon Road Overnight Respite suministre **medicamentos, medicamentos de venta libre, cremas con medicación y suplementos de vitaminas/hierbas** a un consumidor, se deben reunir las siguientes condiciones:

- 1. Formulario completo de autorización de medicamentos (adjunto) con la firma del padre y del médico.
- 2. Medicamentos, entregados al personal de Wagon Road en el envase original de la prescripción, con el nombre del consumidor, el nombre del medicamento, el nombre del médico, el nombre de la farmacia y la información de dosis/frecuencia.
- 3. Los medicamentos de venta libre, cremas con medicación y los suplementos de vitaminas/hierbas deben entregarse en el empaque o envase original de venta libre.
- 4. **Todos los medicamentos expiran después de un año. No se aceptarán medicamentos que tengan más de un año de antigüedad.**

Otras regulaciones de medicamentos:

- 1. En Wagon Road se administran los medicamentos de acuerdo con la norma que prescribe el médico. Las diferencias que existan entre los procedimientos de dosis en el hogar, el envase del medicamento y las indicaciones del médico se resolverán de acuerdo con las indicaciones del médico.
- 2. En el momento en que se confirma la participación de un consumidor en el programa, el padre/tutor es responsable de actualizar las indicaciones del médico que hayan cambiado el cronograma de la medicación, a través de una indicación escrita por el médico.
- 3. Los medicamentos no serán aceptados si:
Se entregan en envases inadecuados, se han hecho modificaciones en el envase (como escrituras a mano o cambios en la etiqueta), los medicamentos tienen más de un año de antigüedad.

Certificación:
He leído estas regulaciones y comprendo que si no se cumplen, los medicamentos no pueden ser aceptados por el Programa CA Wagon Road Overnight Respite. Esto significará que mi hijo no podrá participar en el programa.

_____ / /
Firma del padre/tutor Fecha

Consentimiento para fotografiar/filmar y para usar las producciones de los jóvenes

Le doy permiso a Children’s Aid, sus agentes y empleados o medios de comunicación que trabajen con Children’s Aid para que tomen fotografías, imágenes con movimiento, audio y/o filmen a mi hijo que he registrado para cuidados y para que usen mi nombre y el de mi hijo en relación con publicaciones o noticias de Children’s Aid en cualquier medio, incluyendo publicaciones impresas, televisión, películas, radio, web, Internet y/o cualquier otro medio electrónico.

- Comprendo que mi hijo puede ser fotografiado, entrevistado o grabado durante las actividades del programa y eventos especiales y doy permiso para que mi hijo sea fotografiado, entrevistado o de alguna otra manera grabado únicamente con propósitos no lucrativos ni comerciales del programa. Sí, doy mi permiso No, no doy mi permiso
- Comprendo que las producciones de mi hijo pueden ser usadas en materiales de promoción de los programas, únicamente con propósitos no lucrativos ni comerciales del programa. Sí, doy mi permiso No, no doy mi permiso

_____ / /
Firma del padre/tutor Fecha

Nombre del Niño _____

Divulgación de la información de la escuela

Fecha: _____

A quien corresponda:

Yo, _____, le otorgo permiso a
(Nombre del padre o tutor)

_____ - _____ para darle al Programa
(Nombre de la Institución) (Nº. de teléfono)

Wagon Road Overnight Respite de The Children's Aid Society copias de todo material psicológico, psicosocial, psiquiátrico, educativo, anecdótico, médico y cualquier otro material relevante relacionado con mi hijo _____

_____. También autorizo a todos los miembros del personal de su institución
(nombre del niño)

a hablar con representantes del Programa Respite de The Children's Aid Society acerca de mi hijo.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del traductor, si corresponde

Fecha

Información del circuito de cuerdas de Overnight Respite

Durante el año involucraremos a los consumidores en actividades de cursos de cuerdas.

Desafíos de Cuerdas Bajas: desafíos físicos a una altura de 1 a 2 pies del suelo como observación de ballenas o el columpio de cremallera baja. Estas actividades son dirigidas por personal especialmente capacitado y se organizan para apoyar el equilibrio de los campistas. Por ejemplo, Observación de Ballenas es un grupo, en una plataforma tambaleante. Este aparato puede acomodar a 12 adultos parados sobre él. Un desafío para los campistas sería pararse en la plataforma con un miembro del personal e intentar equilibrarlo. Dependiendo del campista y sus habilidades, puede haber 2 o 3 campistas con 2 o 3 miembros del personal haciendo el desafío.

Desafíos de Cuerdas Altas: las actividades tienen lugar a una altura de 3 pies hasta 23 pies del suelo. Implican arneses especiales, herrajes y cuerdas de escalada para proporcionar un sistema de aseguramiento para garantizar la seguridad. Ejemplos de estas actividades son el Puente de Birmania y el Columpio de la Confianza. El Puente de Birmania es una subida a un árbol de aproximadamente 18 pies y una caminata a través de un puente de cable. El Columpio de la Confianza es una actividad que no requiere escalada en la que un miembro del personal y los participantes levantan un participante en el aire. Un participante está equipado con un arnés de cuerpo completo, conectado a una cuerda de escalar que corre a través de una polea asegurada a un cable de 30 pies sobre el suelo. Este es un desafío opcional y a muchos campistas les gusta mantenerse a unos 5 pies del suelo y balancearse hacia adelante y hacia atrás. Los campistas en sillas de ruedas se pueden poner en el arnés mientras se sientan en sus sillas y se elevan en el aire desde sus sillas. Para tratar con cualquier barrera de comunicación, prestamos mucha atención al comportamiento y las expresiones no verbales de cada campista para ver si quieren hacerlo y qué tan alto quieren ir.

Su firma abajo le otorga permiso a Wagon Road Camp para hacer que su hijo participe de estas actividades.

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre del Niño _____

Actualizaciones en la atención del participante

A continuación, enumere cualquier cambio en la atención de su hijo o instrucciones específicas de cuidado que usted desea que nosotros sigamos.

- A. **Aseo personal/Higiene:** Sin Cambios
 Cambios – Por favor detalle a continuación:

- B. **Comunicación:** Sin Cambios
 Cambios – Por favor detalle a continuación:

- C. **Uso del sanitario:** Sin Cambios
 Cambios – Por favor detalle a continuación:

- D. **Alimentación:** Sin Cambios
 Cambios – Por favor detalle a continuación:

- E. **Sueño:** Sin Cambios
 Cambios – Por favor detalle a continuación:

- F. **Hábitos:** Sin Cambios
 Cambios – Por favor detalle a continuación:

- G. **Comportamiento:** Sin Cambios
 Cambios – Por favor detalle a continuación:

1. **Aparatos:** Sin Cambios
 Cambios – Por favor detalle a continuación:

Nombre del Niño _____

Alergias a alimentos o restricciones dietarias

¿Su hijo tiene alguna alergia o restricción alimentaria? Sí No En caso afirmativo, especifique:

Conductas recurrentes de autolesiones

¿Su hijo presenta conductas en donde se lesione a sí mismo? Sí No En caso afirmativo, especifique:

Convulsiones

¿Su hijo tiene convulsiones? Sí No En caso afirmativo, describa cómo se manifiestan y cuándo es más probable que se presenten.

Medicamentos

Los medicamentos se suministran según las indicaciones por escrito del médico. Anote a continuación cualquier procedimiento especial para darle los medicamentos a su hijo.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nota: El objetivo de este formulario es el de darle a los miembros del personal la información pertinente, que cumplirá con las necesidades del campista en Wagon Road Summer Camp (Campamento de verano Wagon Road). **El médico debe firmar este formulario.**

Antecedentes de vacunas: Complete o adjunte registro	Fechas: Complete o adjunte registro
Serie DTP	
Refuerzo	
Tdap	
Poliomielitis	
MMR	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Vacuna antimeningocócica	
Varicela	

Examen médico: Para llenar por el médico/enfermero practicante.				Código: S=Satisfactorio X=No satisfactorio (explicar)			
Apariencia general: _____							
Altura: _____		Peso: _____		Presión arterial: _____			
	Código		Código		Código		Código
Postura y columna vertebral		Garganta y amígdalas		Ojos		Visión	
Anteojos		Extremidades		Corazón		Oídos	
Audición		Pies		Pulmones		Piel	
Nariz		Dientes		Abdomen		Hernias	
Genitales							

¿Asma? Sí ___ No ___ Estado: _____

Alergias: _____

¿Convulsiones? Sí ___ No ___ Estado: _____

¿Se necesita inyectar epinefrina? Sí ___ No ___

Otros problemas médicos/de conducta: _____

Hallazgos anormales o condiciones discapacitantes: _____

¿Restricciones físicas mientras está en el campamento? Sí ___ No ___ **Restricciones:** _____

Dieta Especial: _____

Opinión general: _____

He examinado a la persona que se describe aquí, he revisado sus antecedentes médicos y en mi opinión, está en condiciones físicas de participar en las actividades del Campamento de Día (excepto según se describa anteriormente).

Firma: _____ Fecha de la evaluación: _____

Médico/enfermero examinador

Dirección y teléfono: _____

A fin que se puedan administrar medicamentos a los asistentes, este documento debe estar completo **firmado por el padre y el médico. Se deben seguir las siguientes reglas:**

- Todas los medicamentos con prescripción, medicamentos de venta libre (OTC), cremas con medicamentos y suplementos de vitaminas/hierbas que administre el padre/la madre requieren las indicaciones del médico y el permiso del padre/la madre.
- Todos los elementos deben entregarse al personal de campamento en los envases originales de la farmacia o de venta libre.
- Todos los medicamentos con prescripción, medicamentos de venta libre (OTC), cremas con medicamentos y suplementos de vitaminas/hierbas deben ser actuales y no deben estar vencidos.

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/la madre: _____ N°. de teléfono principal: _____

Nombre del médico: _____ N°. de teléfono principal : _____

Le doy permiso al designado médico en el lugar para suministrar los siguientes medicamentos al participante anteriormente mencionado.

<u>Medicamento/Medicamento de Venta Libre/Suplemento de Vitaminas/Crema</u>	<u>Condición Tratada</u>	<u>Dosis</u>	<u>Vía</u>	<u>Frecuencia/Hora</u>	<u>Condiciones para Administrarlos Según Necesidad</u>

A continuación enumeramos los medicamentos de venta libre disponibles para los participantes del campamento. Indique a continuación cuáles se les pueden administrar al participante mencionado.

<u>Medicamentos de Venta Libre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Vía</u>	<u>Cronograma</u>	<u>Condiciones para administrarlos según necesidad</u>	<u>Indique a continuación</u>	
Tylenol 325mg.	Según etiqueta por edad/peso	Oral	Cada 4 horas	Dolor o fiebre > 100 F	Sí	No
Motrin 200mg.	Según etiqueta por edad/peso	Oral	Cada 6 horas	Dolor o fiebre > 100 F	Sí	No
Mylanta 15cc	Según etiqueta por edad/peso	Oral	Cada 4 horas, no> 3 cada 24 hr	Molestia leve gastrointestinal	Sí	No
Tabletas antiácidas	Según etiqueta por edad/peso	Oral	Cada 4 horas, no> 3 cada 24 hr	Molestia leve gastrointestinal	Sí	No
Loción de calamina	Área afectada	Tópico	Cada 2-4 horas, según necesidad	Erupción con picazón	Sí	No
Gel de aloe	1 paquete por área afectada	Tópico	Cada 2-4 horas, según necesidad	Molestia por quemadura solar	Sí	No

Firma del padre/la madre _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

N°. de licencia NYS _____

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE: _____ Proveedor _____ Hospital _____ Centro de Salud

Para: _____ Teléfono: _____
(Nombre del proveedor doctor/hospital/Centro de Salud)

Dirección: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tambien Conocido Como: _____ Fecha de hoy: _____

Solicitud de Autorización: Yo, _____, el paciente / padre / tutor legal autorizo la información de salud protegida solicitada como se indica a continuación para que se entregue a:

Children's Aid-Wagon Road Camp

Solicitud de la siguiente información de salud: Al firmar esta autorización, autorizo la información de salud protegida para el paciente mencionado arriba de la siguiente manera:

- Toda la información de salud del paciente mencionado.
- Fechas de servicio tipo de servicio: _____
- Solo información específica de salud indicada: _____
- Específicamente para el siguiente propósito: _____
- Elijo no indicar el motivo por el que autorizo la divulgación de información de salud. (Esta casilla puede NO ser marcada si la información que se va a usar o divulgar contiene información sobre identidad de abuso de alcohol o drogas, diagnóstico, pronóstico o tratamiento).

Esta Autorización Expira en Fecha _____ Finalización de un evento específico (identificar el evento) _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. Entiendo que el Proveedor no puede garantizar que el Receptor no redistribuya mi Información de salud a un tercero. Sin embargo, en el caso de la información recibida sobre información de tratamiento sobre un cliente en un programa federal de abuso de drogas o alcohol, la ley federal prohíbe a The Children's Aid Society divulgar dicha información a menos que mi consentimiento por escrito lo permita expresamente o según lo permita la ley federal que rige la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas (42 CFR, Parte 2).
2. Entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, revocar esta autorización no afectará ninguna divulgación o uso previamente autorizado.

He leído y entiendo los términos de esta autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la solicitud de la información de salud:

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre completo en letra imprenta: _____

Dirección Casa: _____

Nº. de teléfono: _____

Cuando el cliente no es competente para dar su consentimiento, se requiere la firma de un padre, tutor legal, agente de atención médica (apoderado) u otro representante.

Firma del representante legal _____ Fecha: _____

Nombre completo en letra imprenta: _____

Dirección Casa: _____

Nº. de teléfono: _____

Relación del representante con el cliente: _____

OPCIONAL:

Identificación con foto del signatario (adjuntar una copia) Testigo: _____ Copia de autorización

Children's Aid is not responsible for any charges concerning copying and/or handling of health information.