



Solicitud de campista para 2023

En Camp Casco, tenemos como objetivo crear vínculos para toda la vida entre los niños afectados por el cáncer y sus familias mediante increíbles experiencias de campamento. ¡Estamos encantados de ofrecer varias experiencias de campamento este año! Marque todos los programas a los que quiere postularse. Si quiere inscribir a varios hijos, complete una nueva solicitud para cada uno de ellos.

Cómo presentar su solicitud

Complete 1 solicitud y formulario de consentimiento por campista y envíelos de esta manera:

- Escanee formularios completos y envíelos por email a attend@campcasco.org, O
- Envíe por fax los formularios completos al 857-453-4568, O
- ¡Complételos en línea! Esto guardará toda su información y le facilitará inscribirse en futuros programas. Visite campcasco.org/apply y haga clic en “Apply Now!” (Postularse ahora) para iniciar sesión en el Parent Portal (Portal para padres).

¿Qué sucede después de enviar mis formularios?

- Le enviaremos un email para confirmar que los recibimos.
- Antes de cada sesión de campamento, se hará una revisión minuciosa del estado de salud previsto de cada participante. Si nuestro equipo médico tiene más preguntas sobre la salud de este niño, es posible que un miembro de nuestro equipo se comunique con usted.
- En las semanas previas al campamento, recibirá un paquete por email con instrucciones para llegar, una lista de equipaje sugerido y más.

¿Tiene alguna pregunta?

Contáctenos en cualquier momento llamando al 857-302-2726 ext. 2 o envíe un email a attend@campcasco.org.

Solicitud de campista

Complete 1 solicitud por campista. Esta solicitud está disponible para cualquier participante elegible sin distinción de raza, color, sexo, religión o país de origen. La aceptación final en Camp Casco está condicionada a la presentación de todos los materiales requeridos y a la revisión minuciosa del estado de salud previsto en el momento de la sesión.

Programas

Seleccione todos los programas a los que quiere postularse este niño.

- Campamento de día:** Del lunes 3 al viernes 7 de julio en LINX Camps, Dana Hall School (Wellesley, MA)
Abierto a pacientes pediátricos con cáncer, sobrevivientes y hermanos de 6 a 12 años el primer día del campamento (3 de julio de 2023).
- Retiro de hermanos de One Mission:** Del martes 11 al viernes 14 de julio en Berkshire Lake Camp (Hinsdale, MA) Abierto a los hermanos de un paciente con cáncer pediátrico de 10 a 16 años el primer día del campamento (3 de septiembre de 2023)
- Campamento por una noche:** Del lunes 21 al viernes 25 de agosto en Grotonwood (Groton, MA)
Abierto a pacientes con cáncer pediátrico o sobrevivientes de 7-17 años en el primer día del campamento (15 de agosto de 2022) *Tenga en cuenta que este programa de campamento funciona de lunes a viernes, no los sábados.

Transporte

Este año, ofreceremos transporte gratis en autobús para ir a nuestros campamentos con pernocte. Háganos saber cómo su hijo irá y volverá del campamento.

Retiro de hermanos de One Mission:

- Autobús de Framingham (9:30-10:30AM)
- Dejaré a mi hijo en el campamento (1:30PM)

Campamento por una noche:

- Autobús de Foxborough (8:00AM)
- Dejaré a mi hijo en el campamento (10:00AM)

Información del campista

Nombre completo del participante _____

Apodo _____ Fecha de nacimiento _____

¿En qué grado ingresará este participante en el otoño de 2023? _____

Sexo Masculino Femenino _____

¿Con qué pronombres prefiere este participante que se le llame? Ejemplo: ella o ellos

Talla de camiseta

Elija una opción:

Elija una opción:

- Joven Adulto S M L XL XXL XXXL

¿Cómo supo de nosotros? Clínica Otra organización Familiar o amigo

Familia que ya va al campamento Búsqueda en Internet Otra opción: _____

Información del padre/tutor legal

Incluya abajo la información de contacto de los padres o tutores legales del participante.

Padre/Tutor 1

Nombre _____ Apellido _____

Relación con el participante _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono móvil (_____) _____ Otro teléfono (_____) _____

Dirección de email _____

Padre/Tutor 2

Nombre _____ Apellido _____

Relación con el participante _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono móvil (_____) _____ Otro teléfono (_____) _____

Dirección de email _____

Otros contactos de emergencia

Incluya la información de contacto de los padres de cualquier otro niño con quienes quiere que nos comuniquemos en caso de emergencia. Deje en blanco si no hay contactos de emergencia aparte de los padres/tutores arriba.

Contacto de emergencia 1

Nombre _____ Apellido _____

Relación con el participante _____ Teléfono móvil (_____) _____

Contacto de emergencia 2

Nombre _____ Apellido _____

Relación con el participante _____ Teléfono móvil (_____) _____

Elegibilidad

Cuéntenos más sobre la experiencia de su familia con el cáncer infantil:

Tanto si presenta la solicitud para un niño en tratamiento, fuera de tratamiento o un hermano, incluya el nombre y la información de contacto de un médico que conozca la experiencia de su familia con el cáncer infantil. Para confirmar su elegibilidad para participar en Camp Casco, un miembro de nuestro equipo debe confirmar esta historia con un profesional médico capacitado. Al dar esta información, usted autoriza a Camp Casco a comunicarse con este proveedor para confirmar su elegibilidad.

Nombre completo del paciente/sobreviviente de cáncer: _____

Fecha de nacimiento del paciente/sobreviviente: _____

¿Dónde recibió/recibe este niño tratamiento contra el cáncer? _____

Cuéntenos más sobre la experiencia de este niño con el cáncer infantil. Si quiere inscribir a un hermano en esta solicitud, y no al paciente/sobreviviente, díganos cómo esta experiencia impactó al hermano.

Información de antecedentes del campista

El participante que figura en esta solicitud: fue diagnosticado con cáncer en algún momento de su vida es el hermano de alguien a quien se le diagnosticó cáncer en algún momento de su vida

¿Está este niño totalmente vacunado contra el COVID-19, incluyendo todos los refuerzos aplicables, o lo estará en el momento de su sesión de campamento registrada? Sí No

Preparación y seguimiento del campamento

¿Cómo podemos ayudar a su hijo a tener éxito en el campamento?

¿Tiene su hijo algún problema de salud mental que debamos conocer?

Además de divertirse muchísimo, ¿qué espera que su hijo obtenga al asistir al campamento? Marque todas las opciones que correspondan:

- Que se cuide solo Que se sienta bien consigo mismo Que aprenda a hacer amigos
- Que forme parte de un grupo Que ayude a los demás Que resuelva problemas
- Que sea un líder Que sea más independiente Que intente algo nuevo
- Otra opción _____

¿Hay más información que le gustaría compartir sobre su hijo?

Preferencias de comunicación

¿Le interesa conectarse con otras familias de Camp Casco? Inscríbase para aparecer en nuestra lista de campamentos de 2023 y compilaremos una lista con información de contacto (ciudad/pueblo, estado, su nombre y su email) para ayudar a las familias participantes a conocer a otras en nuestra red. ¿Le gustaría estar en esta lista? Sí No

¿Quiere que lo llamemos para responder cualquier pregunta que tenga sobre el campamento?

Sí No

¿Quiere que le avisemos por mensaje de texto los plazos del campamento y los recordatorios importantes? Se aplicarán las tarifas estándar de mensajes de texto. Puede darse de baja en cualquier momento. Sí No

Formulario de antecedentes médicos

Complete la siguiente información sobre la salud de este participante. Adjunte tantas hojas adicionales como sea necesario.

Nombre completo del participante _____

Antecedentes de cáncer (para pacientes/sobrevivientes):

¿Tiene este niño actualmente una vía de acceso central? Sí No

Si es así, especifique. _____

¿Tiene problemas de salud recurrentes o continuos (dolores de cabeza frecuentes, infecciones de los senos paranasales, dolores de oído, etc.)?

¿Tiene su hijo algún otro problema de salud física?

¿Tuvo alguna vez su hijo una operación o lesión grave?

¿Hay alguna actividad que su hijo no pueda hacer o que pueda hacer de forma limitada por razones médicas?

Formulario de antecedentes médicos (continuación)

Complete la siguiente información sobre la salud de este participante. Adjunte tantas hojas adicionales como sea necesario.

¿Sigue este niño alguna de las siguientes dietas? Si sigue otra, especifique.

Vegetariana Vegana Sin gluten Sin lácteos Kosher Otra _____

¿Necesita este niño el uso de una sonda de gastrostomía? Sí No

¿Tiene asma este niño? Sí No

En caso afirmativo, especifique los factores desencadenantes y los tratamientos.

¿Hay información adicional que querría dar sobre este niño? _____

Alergias

¿Tiene este niño alergias o sensibilidades alimentarias conocidas? Sí No

En caso afirmativo, especifique.

¿Tiene este niño alergias o sensibilidades conocidas a medicamentos? Sí No

En caso afirmativo, especifique.

¿Tiene este niño alguna alergia o sensibilidad ambiental conocida? Sí No

En caso afirmativo, especifique.

¿Tiene este niño un EpiPen? Sí No

En caso afirmativo, especifique.

Formulario de antecedentes médicos (continuación)

Complete la siguiente información sobre la salud de este participante. Adjunte tantas hojas adicionales como sea necesario.

Salud mental

¿Hay algún problema de salud mental que debamos conocer?

¿Le diagnosticaron alguna vez alguna de las siguientes condiciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención (ADD o AD/HD) | <input type="checkbox"/> Dificultad de aprendizaje o de procesamiento (discapacidad) |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones de comportamiento | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Otro problema de salud mental, emocional o social |
| <input type="checkbox"/> Alimentación desordenada | <input type="checkbox"/> Pánico, trastorno de ansiedad |
| | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |

¿Sufrió este niño algún cambio familiar significativo (muerte, divorcio, adopción, abuso, etc.)? En caso afirmativo, especifique.

¿Le preocupa la capacidad de este niño para adaptarse a estar lejos de su familia? Sí No

En caso afirmativo, especifique.

Viajes

¿Salió este niño del país en los últimos 9 meses? Sí No

En caso afirmativo, especifique.

Seguro

Incluya abajo la información del seguro médico de este participante o adjunte una foto de la tarjeta del seguro médico de este niño.

Nombre de la compañía de seguros _____ Núm. de póliza _____

Nombre del asegurado principal _____ Relación con el participante _____

Fecha de nacimiento del asegurado principal _____

Empleador del asegurado principal _____

Dirección de casa _____ Teléfono móvil (_____) _____

Formulario de antecedentes médicos (continuación)

Complete la siguiente información sobre la salud de este participante. Adjunte tantas hojas adicionales como sea necesario.

Medicamentos

Liste todos los medicamentos requeridos para este participante (o adjunte una lista impresa) que deberán administrarse mientras esté en Camp Casco:

Mantenemos un suministro de medicamentos, cremas y lociones de venta libre en el lugar para problemas de salud menores que puedan surgir durante el campamento. Marque todos los medicamentos que nos permitirá darle a su campista mientras esté en el campamento:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acetaminophen (Tylenol) | <input type="checkbox"/> Repelente de insectos |
| <input type="checkbox"/> Antidiarreico (Maalox) | <input type="checkbox"/> Guaifenesin (productos como Mucinex; |
| <input type="checkbox"/> Bismuth Subsalicylate (productos como Pepto-Bismol) | <input type="checkbox"/> Robitussin Cough & Cold CF en líquido) |
| <input type="checkbox"/> Loción de calamina | <input type="checkbox"/> Crema de hidrocortisone |
| <input type="checkbox"/> Chlorpheniramine Maleate (jarabe para la tos y las alergias Robitussin) | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil) |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para la tos (genéricas) | <input type="checkbox"/> Loratadine (productos como Claritin) |
| <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) | <input type="checkbox"/> Tratamiento de hiedra venenosa (Ivy-Dry) |
| <input type="checkbox"/> Protector solar | <input type="checkbox"/> Pseudoephedrine Hydrochloride (productos como Advil Cold & Sinus) |
| | <input type="checkbox"/> Tolnaftate (Tinactin) |

Información de contacto del Proveedor

Incluya abajo la información del seguro y del proveedor de atención primaria de este niño. Si este niño recibió tratamiento para el cáncer desde agosto de 2022, o recibirá tratamiento para el cáncer durante el campamento, incluya también la información de contacto del oncólogo de este niño.

Nombre del Proveedor _____

Teléfono del proveedor _____

Email del proveedor _____

¿Podemos comunicarnos con los proveedores de atención médica de su hijo?

Firma de los padres _____

Fecha _____

Registros de vacunación

Se requieren vacunas al día para asistir al Camp Casco, a menos que estén contraindicadas o se vean afectadas por la enfermedad o el tratamiento de este niño. Esto incluye las vacunas contra el Covid-19. Todos los participantes deberán estar al día con sus vacunas según lo definido por los CDC. Las vacunas requeridas incluyen:

- Al menos 2 dosis de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR)
- Al menos 3 dosis de vacuna contra la polio
- Al menos 3 dosis de vacuna contra la hepatitis B
- Al menos 4 dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP)
- Al menos 1 refuerzo de la vacuna contra el tétanos y la difteria (Td) si pasaron 10 años desde la última dosis de la vacuna contra el DTaP/Td del participante.
- Al menos 1 dosis de vacuna contra la varicela o un informe del médico del participante que diga que ya tuvo varicela.
- Vacunación completa contra el COVID-19, según lo definido por los CDC.
- Para los campistas que ingresarán a la escuela entre los grados 7.º a 12.º, al menos una dosis de la vacuna antimeningocócica.

Adjunte los registros de vacunas actuales de este niño. Si le dan vacunas adicionales antes del campamento, envíe los registros antes de asistir al campamento.

Copia de examen físico reciente

Estamos obligados a tener una copia de un examen físico que cada participante haya recibido en los 18 meses previos a la asistencia al campamento. El examen físico debe indicar que este niño está autorizado para participar en la escuela y el campamento. Si el formulario no indica “campamento” de forma explícita, se debe enviar una nota adicional del médico que indique que el niño está autorizado para participar en el campamento. **Adjunte una copia de un examen físico reciente que este niño recibió en marzo de 2022 o después.**

**¡Gracias por completar los materiales complementarios de este participante!
Devuélvalos a Camp Casco antes del 1 de junio.**