



**HFH Summer Camps
Main Office**

Phone: (212) 529-5252

Fax: (631) 551-1200

Application Checklist

☐ **Registration Form**

- You must complete and answer all questions on the registration form

☐ **Parental Consent Form**

- Form pertaining to parental consent and medical consent must be signed by a parental/ legal guardian.

☐ **Bus Authorization Form**

- Parents/Legal Guardian must fill out this form authorizing or not authorizing another adult to pick up/drop off their child at the bus locations.

☐ **Medical Form**

PART A be completed by the Parent/ Legal Guardian

- **Page 1:** Child and Parent/Legal Guardian Information and child health insurance information, Medication (Indicate if child takes any medication regularly and include doses and frequency)
- **Page 2:** List any restrictions. If none write 'n/a.' Answer all the 'General Questions'
- **Page 3:** Allergies and authorizations
 - List any allergies and check any over-the-counter medication that we can give your child for common illness such as stomachache, headache, or colds.

PART B to be completed by the Child's Doctor or Clinic

- The doctor or clinic must complete our Medical Physical Examination form. The physical examination must have been conducted on/after June 1, 2022. **Please note all children must have all immunizations required for the child to attend school in NY State in order to attend camp. All campers must have MMR vaccination and be fully vaccinated against the COVID-19 virus to attend camp, and we must have documented the month, day, and year the two shots were administered.**

☐ **Meningococcal Meningitis Vaccination Response Form**

- Information about the Meningococcal Meningitis virus. Parents please complete the response form stating if your child has or has not received the vaccination

☐ **Background Information Form**

Note: The more information you provide us about your child, the better we can serve his/her needs.

☐ **Summer Food Service Program Income Eligibility Form**

- If you have a PA or SNAP number complete Part 1 (name of child and PA or SNAP number) then skip to Part Four.
- If you do not have a PA/ SNAP Number, you must complete Part 3 listing every member of the household (including children) and your total household income.

- **EVERYONE** must complete **Part 4 and 5**

Document Checklist

A copy of the following documents can be prepared ahead of time!

- ☐ Copy of Parent/Guardian's PA/SNAP (Benefits) Card
- ☐ Copy of Child's Benefit Card/Medicaid/Insurance Card (Child must have Health Insurance to go to camp)
- ☐ Copy of Child's Immunization Records/Electronic Medical Records, including a copy of COVID-19 Vaccination Card.

Session Dates

During Summer 2022, we will be operating three camp sessions. Each session lasts one to two weeks. You can indicate your session preference, however, availability is filled in the order we receive completed applications, so we cannot always guarantee a spot for the session of your choice.

- ❖ Session 1: Friday July 1, 2022 – Friday July 8, 2022 (7 days)
(Application Deadline June 16)
- ❖ Session 2: Friday July 15, 2022 - Friday July 22, 2022 (7 days)
(Application Deadline June 29)
- ❖ Family Session: Friday July 29, 2022 – Tuesday August 2, 2022 (4 days)
❖ **(Application Deadline July 16)**

Please keep a copy of your application for your records. Once we have received the completed application and we have assigned a session to your child, you will receive a Parent Letter with important information regarding how to prepare for camp.

Contact Information

Camp Office: 212.529.5252 ask for Summer Camps team



**HFH Summer Camps
Oficina Central**

**Phone: (212) 529-5252
Fax: (631)551-1200**

Instrucciones para Completar la Aplicación

☐ **Formulario de Registro**

- Información sobre el menor y el padre/madre o guardián legal. No olvide indicar: Sesión a la que quiere aplicar; Numero de PA (Asistencia Pública) o SNAP (Cupones de Alimentos); al menos dos contactos de emergencia (diferentes al padre/madre encargado); Y firmar!
- El formulario relacionado con el consentimiento de los padres y el consentimiento médico debe ser firmado por un padre / tutor legal.
- Formulario de autorización de autobús: Los padres deben llenar este formulario autorizando o no autorizando a otro adulto a recoger / dejar a su hijo en las ubicaciones del autobús.

☐ **Formulario de Salud**

PARTE A han de ser completadas por el Padre/ Madre o Guardián Legal.

- **Página 1:** Información sobre niños y padres / tutores legales y seguro de salud infantil. Medicamentos: Indique si el niño toma algún medicamento con regularidad e incluya dosis y frecuencia.
- **Página 2:** enumere las restricciones. Si ninguno escribe 'n / a'. Responda todas las 'Preguntas generales'
- **Página 3:** Alergias y autorizaciones
 - Haga una lista de todas las alergias y verifique cualquier medicamento de venta libre que podamos darle a su hijo para enfermedades comunes tales como dolor de estómago, dolor de cabeza o resfriados.
 - Inicialice cada autorización, firma y fecha. Si no puede firmar este formulario por razones religiosas, comuníquese con la oficina central para obtener una exención legal.

PARTE B será completado por médico o clínica

- El médico o la clínica deben completar nuestro formulario de examen físico médico. El examen físico debe haberse realizado después del 01 de junio de 2020. **Tenga en cuenta que todos los niños deben tener todas las vacunas requeridas para que el niño asista a la escuela en el estado de Nueva York para poder asistir al campamento. Todos los campistas deben tener la vacuna MMR y estar completamente vacunados contra COVID-19 para asistir al campamento, y debemos documentar el mes, el día y el año en que se administraron las dos vacunas.**

☐ **Formulario de respuesta de vacunación Meningitis Meningocócica**

- información sobre el virus de la Meningitis Meningocócica. Padres por favor completan el formulario de respuesta que el niño tiene o no ha recibido la vacunación

☐ **Entrevista Preliminar:**

- Conteste estas preguntas para que nuestros consejeros y directores del Campamento puedan atender adecuadamente cualquier necesidad especial que tenga su hijo/hija.

☐ **Formulario Para Determinar Elegibilidad al Programa Especial de Alimentación de Verano**

- En la parte 1. Escriba el nombre del menor y su número de PA (Asistencia Pública), SNAP (Cupones de Alimentos). Tiene que continúe con la parte 4 (su firma, nombre, fecha, dirección y los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social- si lo tiene) y parte 5
- Si no tienes un PA / número de SNAP, usted debe completar parte 3 Listado de todos los miembros de la familia (incluyendo niños) y su ingreso total del hogar.
- **Luego continúe con las partes 4 y 5** como se indica arriba.

Lista de Documentos

Usted va a necesitar copias de los siguientes documentos:

- ☐ Copia de la tarjeta de beneficios o asistencia pública (PA y SNAP) PA/SNAP
- ☐ Copia de la tarjeta de seguro médico del menor (todos los menores han de tener seguro médico para poder asistir al campamento)
- ☐ Copia del Inmunización/ vacunación de su menor, incluyendo copia de la tarjeta de vacuna para COVID-19.

Sesiones

Durante el verano de 2022, estaremos operando tres sesiones de campamento. Cada sesión dura una o dos semanas. Puede indicar su preferencia de sesión, sin embargo, la disponibilidad se completa en el orden en que recibimos las solicitudes completas, por lo que no siempre podemos garantizar un lugar para la sesión que elija.

- ❖ **Sesión 1: viernes, julio 1, 2022 – viernes, julio 8, 2022 (7 días)**
(Fecha límite de solicitud 16 de junio)
- ❖ **Sesión 2: viernes, julio 15, 2022 – viernes, julio 22, 2022 (7 días)**
(Fecha límite de solicitud el 29 de junio)
- ❖ **Sesión 3: viernes, julio 29, 2022 – martes, agosto 2, 2022 (13 días)**
(Fecha límite de solicitud 16 de julio)

Guarde una copia de su aplicación. Una vez hayamos recibido y procesado su aplicación, usted recibirá una carta de aceptación e información sobre cómo prepararse para el campamento.

Información de Contacto

La Oficina Central (pregunte por el personal de HFH Summer Camps): 212.529.5252



HFH Camper Registration Form

Child Information

Last Name: _____ First Name: _____
Date of Birth: _____ Current Age: _____ Gender: ☐ M ☐ F Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ O: _____
Current Grade: _____ School: _____ Attended HFH Summer Camps before: ☐ Yes ☐ No

Parent/Guardian Information

Last Name: _____ First Name: _____
Relationship to Child: _____ Active TANF/SNAP Number: _____
Primary Phone: _____ Cell Phone: _____
Email: _____ Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ O: _____

Resident at HFH Facility and Non HFH Facility

- ☐ Prospect Family Residence ☐ Williamsbridge Family Residence ☐ Saratoga Family Residence
☐ Allie's Place Family Residence ☐ Theresa Haven (Non HFH Facility)

Case Manager's Name: _____

Session Preference (Not Guaranteed until Approved)

☐ S1: July 1 – July 8 (7 days) ☐ S2: July 15 - July 22 (7 days) ☐ Family: July 29 – August 2 (4 days)

Household Information

Address: _____ Apt: _____ City: _____ Zip: _____

Emergency Contacts - Important: if we are unable to reach you, we will call your child's emergency contact

Name (NOT Parent/ Guardian listed above)	Relationship	Phone number
1.		
2.		

For staff use only:

Name of staff submitting application: _____
HFH Facility: _____
Non HFH Facility: _____
Department: _____

For Central office only:

Date received: _____ initial: _____

For Camp Use Only:

Cabin: _____

Unit: _____

Session: _____

Información- Menor Solicitante

Apellido: _____ Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Genero: ☐ M ☐ F Idioma: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____
 Grado Escolar: _____ Escuela: _____ Ha asistido a HFH Summer Camps anteriormente: ☐ Yes ☐ No

Información- Guardián o Tutor Legal

Apellido: _____ Nombre: _____
 Parentesco/relación con el menor: _____ Numero de TANF/SNAP: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____
 Email: _____ Idioma: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____

Lugar de Residencia

- ☐ Prospect Family Residence ☐ Williamsbridge Family Residence ☐ Saratoga Family Residence
☐ Allie's Place Family Residence ☐ Theresa Haven (No es una Residencia operada por HFH)

Nombre de su Coordinador de Servicios: _____

Sesión Preferencial (No se puede garantizar hasta no ser aprobada su aplicación)

☐ S1: julio 1 – julio 8 (7 días) ☐ S2: julio 15 – julio 22 (7 días) ☐ S Familiar: julio 29 – agosto 2 (4 días)

Dirección Residencia

Dirección: _____ Apto: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Contactos de Emergencia - En caso de NO lograr comunicarnos con usted, llamaremos a estos contactos

Nombre (NO el guardián o tutor legal indicado arriba)	Relación/ Parentesco	Teléfono
1.		
2.		

Para uso del personal encargado de esta aplicación:

Nombre de el personal entregando esta aplicación: _____

Residencia de HFH: _____

Residencia No operada por HFH: _____

Departamento: _____

Para uso de la oficina central HFH Summer Camps:

Fecha (recibida): _____ Iniciales: _____



HFH Summer Camps Formulario de consentimiento y liberación

El siguiente formulario debe ser firmado por un padre legal. Si por motivos religiosos no puede firmar este formulario, comuníquese con la oficina central para obtener una exención legal, que debe estar firmada para asistir.

El nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Como padre legal del niño mencionado anteriormente:

Permito a mi hijo asistir a campamentos de verano de HFH y utilizar el transporte (p. ej. bus o van) suministrados por el programa.

Estoy de acuerdo en dar a campamentos de verano de HFH, sus afiliados o programa de socios permiso de usar cualquier material y fotos o videos en los que mi hijo puede aparecer, así como obra de arte o escritura que mi hijo produce.

Permito a campamentos de verano HFH proporcionar rutina y asistencia médica de emergencia, dispensar medicamentos y buscar tratamiento médico o dental para mi niño, cuando sea necesario, mientras que él o ella está lejos. Doy mi consentimiento para la publicación de cualquier médico u otros documentos necesarios para el tratamiento, remisión, facturación, o efectos del seguro a campamentos de verano de HFH u otro personal médico tratamiento de mi niño. En caso de que yo no puedo ser alcanzado durante una emergencia, por la presente doy permiso al médico tratar a mi niño para utilizar cualquier tratamiento consideren médicamente necesarios para el tratamiento de mi niño en caso de emergencia o necesidad de atención médica.

Permito campamentos de verano de HFH llame al administrador del caso indicado arriba si se necesita una consulta.

Estoy de acuerdo en que el campamentos de verano HFH no es responsable por la ropa o artículos perdidos o dañados que mi niño trae con ellos a su sesión de campamento de verano.

Si mi niño va al campo, confirmo que he leído, o han tenido me explicó, la información adjunta sobre la vacunación de meningitis. Si no decido que mi hijo la vacuna, confirmo que entiendo el riesgo de no recibir la vacuna.

El siguiente formulario debe ser firmado por un padre legal. Si por motivos religiosos no puede firmar este formulario, comuníquese con la oficina central para obtener una exención legal, que debe estar firmada para asistir.

Como padre legal del niño mencionado anteriormente, el historial de salud proporcionado es correcto y completo, que yo sepa, y la persona que se describe aquí tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento HFH Summer Camps, excepto en lo que se indica. Doy permiso al personal médico de HFH Summer Camps para proporcionar los medicamentos sin receta mencionados, según sea necesario.

Doy permiso para que mi niño lleve protector solar y se aplique protector solar. Entiendo que se deben cumplir las siguientes condiciones para promover el uso adecuado y seguro de la protección solar en el campamento: (1) La protección solar solo se utilizará para evitar la exposición excesiva al sol. (2) Solo el camper puede usar el protector solar aprobado por la FDA para uso sin receta. **Iniciales** _____: Si mi niño no puede aplicar físicamente el protector solar, doy permiso para que el personal del campamento ayude a aplicar el protector solar cuando mi niño lo indique. **Iniciales:** _____.

Por la presente doy permiso al personal médico seleccionado por el director del campamento para ordenar radiografías, exámenes de rutina, tratamiento; para liberar cualquier registro necesario para fines de seguro; y para proporcionar o arreglar el transporte relacionado necesario para mi niño. En caso de que no pueda contactarme en caso de una emergencia, por la presente autorizo al médico para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, para la persona mencionada anteriormente. Este formulario completo se puede fotocopiar si es necesario. Además, el campamento tiene permiso para obtener una copia del registro de salud de mi niño de los proveedores que tratan a mi niño y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi niño.

Como padre legal, confirmo que todas las vacunas necesario para que mi niño va a una escuela en el estado de Nueva York están actualizadas, incluida la vacuna MMR, y que mi niño esta completamente vacunado contra el virus de COVID-19. El mes, día y año de las dos vacunas MMR y dos vacunas para COVID-19, están documentados respectivamente en los registros de vacunación de mi niño y en la tarjeta de vacunación para COVID-19.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____ **FECHA:** _____



HFH Summer Camps Parental Consent & Release Form

For Camp Use Only:

Cabin:

Unit:

Session:

The following form must be sign by a parental/ legal guardian. If for religious reasons you cannot sign this form, contact the central office for a legal waiver, which must be signed for attendance.

Child's Name: _____

Child's Date of Birth: _____

As the Parent/Guardian of the above-named child:

I permit my child to attend HFH Summer Camps and use transportation (e.g. bus or van) supplied by the program.

I agree to give HFH Summer Camps and/or its affiliates and/or program partners permission to use any materials and photographs and/or videos in which my child might appear, as well as artwork or writing my child produces.

I permit HFH Summer Camps to provide routine and emergency health care, dispense medications, and seek medical or dental treatment for my child, as needed, while he or she is away. I consent to the release of any medical or other records necessary for treatment, referral, billing, or insurance purposes to HFH Summer Camps or other medical personnel treating my child. In the event that I cannot be reached during an emergency, I hereby give permission to the physician treating my child to use whatever treatment they deem medically necessary to treat my child in the event of an emergency or in need of medical care.

I permit HFH Summer Camps to call the case manager noted on my child's application if consultation is needed.

I agree that HFH Summer Camps is not responsible for any lost or damage clothing or items my child brings with them to their summer camp session.

If my child is going to camp, I confirm that I have read, or have had explained to me, the enclosed information about meningitis vaccination. If I choose not to have my child vaccinated, I confirm that I understand the risk of my child not receiving the vaccine.

The following form pertains to your child's medical information. It must be sign by a parental/ legal guardian. If for religious reasons you cannot sign this form, contact the central office for a legal waiver, which must be signed for attendance.

As the Parent/Guardian of the above-named child, the health history provided is correct and complete as far as I know, and the person herein described has permission to engage in all camp activities except as noted. I give permission to HFH Summer Camps medical staff to provide the mentioned non-prescription medications as needed.

I give permission for my child to carry sunscreen and self-apply sunscreen. I understand that the following conditions must be met in order to promote proper and safe use of sunscreen at camp: (1) The sunscreen will only be used to prevent overexposure to the sun. (2) Only sunscreen approved by the FDA for over-the counter use will be permitted for use by camper. **Initials:** _____. If my child is unable to physically apply sunscreen themselves, I give permission for the camp staff to assist in the application of the sunscreen when directed to do so by my child. **Initials:** _____.

I hereby give permission to the medical personnel selected by the camp director to order X-rays, routine tests, treatment; to release any records necessary for insurance purposes; and to provide or arrange necessary related transportation for my child. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician to secure and administer treatment, including hospitalization, for the person named above. This completed form may be photocopied if needed. In addition, the camp has permission to obtain a copy of my child's health record from providers who treat my child and these providers may talk with the program's staff about my child's health status.

As the Parent/Guardian I attest that all immunizations required for my child to attend school in NY State are up to date including the MMR vaccination, and that my child has been fully vaccinated against the COVID-19 virus. The month, day and year of the two MMR vaccanations are documented on my child's immunization records and COVID-19 Vaccination card.

SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN: _____ **DATE:** _____



Pick up/Drop-off Authorization Form for the 2022 Camp Season

Please fill out Part 1 if you authorize an adult 18 yrs. or older to pick up/drop off your child at the bus location.
Please **only** fill out Part 2 if you **do not** authorize anyone else to pick up or drop off your child.

Part 1

I, _____ (Print Parent/Guardian name) authorize those indicated below to pick up and drop off _____ (Print Child's name), at my child's assigned bus location for his/her HFH Summer Camp Session.

Parent Signature _____ Date _____

Name: _____ Relationship to child: _____

Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____

Phone: _____

Name: _____ Relationship to child: _____

Phone: _____

Part 2

☐

Please check here if you do not authorize anyone but yourself

I, _____ (Print Parent/Guardian name), do not authorize anyone else to pick up or drop off my child _____ (Print Child's name) for his/her 2019 HFH Summer Camp Session.

Parent Signature: _____ Date: _____



Formulario de autorización para recoger para la temporada de campamento 2022

Por favor complete la Parte 1 si autoriza a un adulto de 18 años o mayores para recoger / dejar a menor en las ubicaciones de autobuses. Solo **complete la Parte 2 si no autoriza** a otra persona a recoger o dejar a su menor.

Parte 1

Yo, _____ (Escriba el nombre del padre / tutor) autorizar los indicados a continuación para recoger y dejar a _____ (Escriba el nombre del menor), en la ubicación de autobús asignada de mi hijo para su sesión de campamento de verano de HFH.

Firma de los padres _____ Fecha _____

Nombre: _____ Parentesco/relación con menor: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco/relación con menor: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco/relación con menor: _____

Teléfono: _____

Parte 2

☐ **Por favor marque aquí si no autoriza a nadie más que a usted mismo**

Yo, _____ (Escribe el nombre del padre / tutor), No autorice a nadie más para recoger o dejar a mi hijo/a _____ (Escriba el nombre del menor) para su sesión de campamento de Verano de HFH 2022.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

MEDICAL FORM PART A

To Parent/ Guardian: Complete pages 1 – 3

Child's Last Name: _____ Child's First Name: _____ MI: _____

Parent/Guardian Full Name: _____ Phone: _____

Address: _____ Apt #: _____ City: _____ Zip: _____

EMERGENCY CONTACTS: If we are unable to reach you we will call your child's emergency contacts

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION: All campers must have health insurance to attend HFH Summer Camps.

*** Please include a copy of your child's insurance card and/or benefits card ***

Does Medicaid Family/Child have Medicaid ☐ Yes ☐ No

- If Yes, 11-digit Medicaid access no. _____ Medicaid Sequence No. _____

- If No, Name of Private Insurance Co.: _____ Group or Policy#: _____

Name of Insurance Policy Holder: _____ Carrier Phone Number: _____

ROUTINE MEDICATION

Please list **ALL** medications (including over-the-counter/ non-prescription drugs) taken routinely. If more than 3 please use back of sheet.

☐ This child takes **NO** medication on a routine basis

☐ This child takes medications as follows:

Name of Medication	Dosage	When it is given	Reason For Taking
1.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other time:	
2.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other time:	
3.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other time:	

RESTRICTIONS

Dietary:

- ☐ Does not eat red meat
☐ Does not eat pork
☐ Does not eat eggs

- ☐ Does not eat poultry
☐ Does not eat seafood
☐ Gluten Intolerance

- ☐ Does not eat dairy products
☐ Other: _____

Please explain: _____

Activity:

Explain any physical limitations: _____

Behavioral, Emotional & Social Limitations:

Has your child ever been seen by a therapist/psychiatrist/mental health professional/counselor? ☐ Y ☐ N **If 'Y' explain**

Has your child ever been diagnosed with and/or have been treated for any of the following:

- ☐ ADD or AD/HD ☐ Bipolar Disorder ☐ PTSD
☐ Anxiety ☐ Depression ☐ Speech or language impairment
☐ Autism Spectrum Disorder (PDD etc.) ☐ Eating Disorder ☐ Other: _____

Please explain: _____

GENERAL QUESTIONS

Please check "Y" or "N" for each question. Has/does your child:

1. Had any recent injury, illness, or infectious diseases?	☐ Y ☐ N	11. Ever had seizures? If yes, Last attack date:	☐ Y ☐ N
2. Have a chronic or recurring illness/condition?	☐ Y ☐ N	12. Ever had high blood pressure?	☐ Y ☐ N
3. Ever been hospitalized?	☐ Y ☐ N	13. Ever been diagnosed with a heart murmur?	☐ Y ☐ N
4. Ever had surgery?	☐ Y ☐ N	14. Ever had back or joint problems?	☐ Y ☐ N
5. Have frequent headaches?	☐ Y ☐ N	15. Have any skin problems (e.g., rash, acne)?	☐ Y ☐ N
6. Ever had a head injury or been knocked unconscious?	☐ Y ☐ N	16. Have diabetes?	☐ Y ☐ N
7. Wear glasses, contacts, and protective eyewear?	☐ Y ☐ N	17. Have asthma? If yes, Last attack date:	☐ Y ☐ N
8. Ever had frequent ear infections?	☐ Y ☐ N	18. Had mononucleosis in the past 12 months?	☐ Y ☐ N
9. Ever passed out during or after exercise?	☐ Y ☐ N	19. Had problems with diarrhea/constipation?	☐ Y ☐ N
10. Ever had dizziness or chest pain during or after exercise?	☐ Y ☐ N	20. If female, have an abnormal menstrual history?	☐ Y ☐ N

Explain "Y" answers: _____

ALLERGIES

Does your child have allergies? ☐ Y ☐ N Fill in what he/she is allergic to, the reaction and authorized management

My child is allergic to:	Name (ex: peanuts)	Reaction (ex: hives)	Management (ex: must be given medication)
Medication			
Food			
Other (Ex: Dust, dogs, hayfever)			

Does your child require an Epi-pen: ☐ Y ☐ N If 'Y,' Epi-pen must be brought with your camper to camp.

NON-PRESCRIPTION MEDICATION

HFH Summer Camps has the following non-prescription medications available as needed at the camp infirmary. Please check 'Y' or 'N' next to all non-prescription medications that may be dispensed to your child at camp. Campers will be given the recommended dosage, which corresponds to their age and/or weight as per label instructions.

Medication	Symptoms Treated	Can be used	Comments
Tylenol	Headache, Aches, Cramps	☐ Y ☐ N	
Ibuprofen	Headache, Aches, Cramps	☐ Y ☐ N	
Cough Syrup	Cough	☐ Y ☐ N	
Cough Drops	Cough	☐ Y ☐ N	
Visine	Red, Irritated Eyes	☐ Y ☐ N	
Antifungal Cream/Spray	Itchy, Burning Feet	☐ Y ☐ N	
Pepto Bismol	Upset Stomach	☐ Y ☐ N	
Kaopectate	Antidiarrheal	☐ Y ☐ N	
Maalox	Antacid	☐ Y ☐ N	
Rolaids	Antacid	☐ Y ☐ N	
Antihistamines	Allergy	☐ Y ☐ N	
Anbesol	Toothache	☐ Y ☐ N	
Triple Antibiotic Ointment	Abrasions/Cuts	☐ Y ☐ N	
Bengay	Sore Muscles	☐ Y ☐ N	
Chloraseptic Spray	Sore Throat	☐ Y ☐ N	
Solarcaine	Sunburn	☐ Y ☐ N	

Note: The camp infirmary **WILL NOT** give your child treatment if you do not check off any of the medication.



Dear Parent:

I am writing to inform you about meningococcal disease, a potentially fatal bacterial infection commonly referred to as meningococcal meningitis. New York State Public Health Law (NYS PHL) §2167 and Subpart 7-2 of the State Sanitary Code requires overnight children's camps to distribute information about meningococcal disease and vaccination to all campers who attend camp for 7 or more consecutive nights.

Meningococcal disease is rare. However, when it strikes, its flu-like symptoms make diagnosis difficult. Meningococcal disease can cause serious illness such as infection of the lining of the brain and spinal column (meningitis) or blood infections (sepsis). The disease strikes quickly and can lead to severe and permanent disabilities, such as hearing loss, brain damage, seizures, and limb amputation, in as many as one in five of those infected. Ten to 15 percent of those who get meningococcal disease will die.

Meningococcal disease can be easily spread from person-to-person by coughing, sharing beverages or eating utensils, kissing, or spending time in close contact with someone who is sick or who carries the bacteria. People can spread the bacteria that cause meningococcal disease even before they know they are sick.

Anyone can get meningococcal disease, but certain people are at increased risk including teens and young adults 16 – 23 years old and those with certain medical conditions that affect the immune system.

The single best way to prevent meningococcal disease is to be vaccinated. The meningococcal ACWY (MenACWY) vaccine protects against four major strains of bacteria which cause meningococcal disease in the United States. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommends a single dose of MenACWY vaccine at age 11 through 12 years with a booster dose given at age 16 years. Children are not routinely recommended to receive MenACWY vaccine prior to the recommended ages, unless they have certain underlying medical conditions which increase their risk of disease. The meningococcal B (MenB) vaccine protects against a fifth strain of meningococcal bacteria which causes meningococcal disease. Young adults aged 16 through 23 years may be vaccinated with MenB vaccine and should discuss the MenB vaccine with a healthcare provider.

I encourage you to carefully review the attached Meningococcal Disease Fact Sheet. It is also available on the New York State Department of Health website at: <http://www.health.ny.gov/publications/2168.pdf>.

Information about the availability and cost of meningococcal vaccine can be obtained from your healthcare provider or your local health department. HFH Summer Camp does not provide Meningococcal Immunization Services.

HFH Summer Camps is required to maintain a record for each camper, signed by the camper's parent or guardian, which documents the following:

- Receipt and review of meningococcal disease and vaccine information;
AND EITHER
- Certification that the camper has been immunized against meningococcal meningitis within the past 10 years; OR
- An understanding of meningococcal disease risks and benefits of vaccination at the recommended ages and the decision not to obtain immunization against meningococcal meningitis at this time.

Please complete the enclosed Meningococcal Meningitis Vaccination Response Form and return it to HFH Summer Camps. To learn more about meningococcal meningitis and the vaccine, please feel free to and/or consult your child's physician. You can also find information about the disease at the website of the Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/mening/default.htm.

Sincerely,

HFH Summer Camp



MENINGITIS VACCINATION RESPONSE FORM

New York State Public Health Law requires that a parent or guardian of campers who attend an overnight children's camp for seven (7) or more consecutive nights, complete and return the following form to the camp.

The Centers for Disease Control and Prevention recommends two doses of MenACWY vaccine (Brand names: Menactra, Menveo) for all healthy adolescents 11 through 18 years of age: the first dose is given at 11 or 12 years of age, with a booster dose at 16 years of age. Children and adolescents with certain medical conditions may need to begin the MenACWY series at a younger age and/or receive additional doses. Consult with your child's healthcare provider regarding any medical conditions they may have.

If the first dose is given between 13 and 15 years of age, the booster should be given between 16 and 18 years of age. If the first dose is given after the 16th birthday, a booster is not needed.

Young adults aged 16 through 23 years may choose to receive the Meningococcal B vaccine series (Brand names: Trumenba, Bexsero). Parents/guardians should discuss the Meningococcal B vaccine with a healthcare provider.

Check one box and sign below.

- ☐ I have received and reviewed the information regarding meningococcal meningitis. My child has received meningococcal immunization (Menactra or Menveo) within the past 10 years.

Date received: _____

OR

I have received and reviewed the information regarding meningococcal meningitis. I understand the risks of meningococcal meningitis and the benefits of immunization at the recommended ages.

- ☐ I have decided that **my child**, who is **younger than 11 years of age**, will **not** obtain immunization against meningococcal disease at this time; or
- ☐ I have decided that **my child**, who is **11 years of age or older**, will **not** obtain immunization against meningococcal disease at this time.

Signed: _____
(Parent / Guardian)

Date: _____

Camper's Name: _____

Date of Birth: _____

Mailing Address: _____

Parent/Guardian's E-mail Address (optional): _____

FORMULARIO DE SALUD-PARTE A

Padre o Guardián/Tutor Legal: Complete paginas 1 – 3

Apellido del menor: _____ **Nombre del menor:** _____

Padre/ Guardián Legal Nombre Completo: _____ **Tel:** _____

Dirección: _____ **Apto #:** _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

Contactos de emergencia: En caso de no poder contactarle a usted, llamaremos a estos contactos

Nombre: _____ **Parentesco:** _____ **Tel:** _____

Nombre: _____ **Parentesco:** _____ **Tel:** _____

INFORMACION SEGURO MEDICO: Todos los campistas han de tener seguro medico para acudir a nuestro campamento.

*** favor incluir una copia del Seguro medico y/o la tarjeta de beneficio social ***

Recibe la familia o el menor Medicaid ☐ Si ☐ No

– **Si “Si”**, indique No. de acceso de 11-digitos Medicaid. _____ No. de secuencia Medicaid _____

– **Si “No”**, Compañía de Seguro Privado: _____ Grupo o ID del asegurado#: _____

Nombre del asegurado principal: _____ Teléfono de la compañía de seguro: _____

MEDICAMENTOS HABITUALES

Favor indique **TODOS** los medicamentos que toma habitualmente su niño (incluyendo aquellos que no requieren prescripción medica). Si son mas de tres, continúe en la parte de atrás de esta hoja.

☐ Este niño **NO** toma ningún medicamento habitualmente

☐ Este niño toma los siguientes medicamentos:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia diaria	Razón/ motive para el medicamento
1.		☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Antes de dormir ☐ Otro: _____	
2.		☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Antes de dormir ☐ Otro: _____	
3.		☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Antes de dormir ☐ Otro: _____	

RESTRICCIONES:

Indique todas las limitaciones alimenticias:

☐ No come carnes rojas☐ No come pollo☐ no come productos lácteos☐ No come cerdo☐ No come comida de mar☐ Otra: _____☐ No come huevos☐ Intolerancia al gluten

Favor explique: _____

Explique cualquier restricción a la actividad física: _____

Indique todas las limitaciones al comportamiento emocional y social:

¿Ha ido su niño alguna vez a ver a un psicólogo/ psiquiatra/ consejero de salud mental? ☐ Si ☐ No Si 'Si' explique

¿Ha sido su niño alguna vez diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones:

☐ Trastorno Déficit de Atención TDA/
TDAH☐ Trastorno Bipolar☐ Dificultad en el Habla/Lenguaje☐ Ansiedad☐ Depresión☐ Otro: _____☐ Trastorno del Espectro Autista (TEA)☐ Trastorno Alimenticio☐ Trastorno Estrés Post-Traumático

Favor explique: _____

PREGUNTAS GENERALES

Favor indique "Si" o "No" para cada pregunta. ¿Ha alguna vez su niño:

1. sufrido una lesión, enfermedad u enfermedad contagiosa recientemente?	☐ Si ☐ No	11. sufrido convulsiones? Si "Si", fecha del ultimo ataque:	☐ Si ☐ No
2. tenido una enfermedad crónica o recurrente?	☐ Si ☐ No	12. sufrido de alta presión sanguínea?	☐ Si ☐ No
3. estado hospitalizado?	☐ Si ☐ No	13. sido diagnosticado de soplo cardiaco?	☐ Si ☐ No
4. tenido alguna cirugía?	☐ Si ☐ No	14. tenido problemas de espalda o articulaciones?	☐ Si ☐ No
5. sufrido dolores de cabeza frecuentes?	☐ Si ☐ No	15. tenido problemas de piel (ej. brotes, acné)?	☐ Si ☐ No
6. tenido una lección cerebral o ha estado inconsciente alguna vez?	☐ Si ☐ No	16. sufrido de diabetes?	☐ Si ☐ No
7. usados anteojos, lentes de contacto o gafas protectoras?	☐ Si ☐ No	17. sufrido de asma? Si "Si", fecha del ultimo ataque:	☐ Si ☐ No
8. sufrido infecciones de oído frecuentes?	☐ Si ☐ No	18. tenida mononucleosis infecciosa en los últimos 12 meses?	☐ Si ☐ No
9. alguna vez desmayado hacienda ejercicio?	☐ Si ☐ No	19. sufrido de diarrea/estreñimiento?	☐ Si ☐ No
10. tenido mareo o dolor de pecho durante el ejercicio?	☐ Si ☐ No	20. (si es mujer), tenido un historial de menstruación irregular?	☐ Si ☐ No

Favor explique las respuestas de "Si": _____

ALERGIAS

¿Tiene su niño alguna alergia? ☐ **Si** ☐ **No** Complete toda la información sobre las alergias de su menor, incluso a que es esta alergia, la reacción que produce y el tratamiento autorizado:

Mi niño es alérgico a:	Nombre de lo que es alérgico (ej. maní)	Reacción (ej. ronchas o brote)	Manejo/Tratamiento (ej. ha de tomar medicamento, incluya el nombre)
Medicamentos			
Alimentos			
Otro: (ej. polvo, perros, plantas)			

Requiere su niño un Epi-pen: ☐ **Si** ☐ **No**. Si 'Si,' ha de mandar un Epi-pen con su niño al campamento.

MEDICAMENTOS SIN RECETA MEDICA

HFH Summer Camps tiene los siguientes medicamentos que no requieren receta medica, disponibles en la cabina de salud del campamento. **Favor indique "Si" o "No" al lado de cada uno de estos medicamentos para indicar si usted nos autoriza a administrarle, de ser necesario, este medicamento a su niño.** Los campistas recibirán la dosis recomendada según su edad y/o peso, según las instrucciones incluidas en el empaque de cada uno de estos medicamentos.

Medicamento	Síntomas para tratar	Autoriza el uso	Comentarios
Tylenol	Dolor de cabeza, dolores musculares, calambres	☐ Si ☐ No	
Ibuprofeno	Dolor de cabeza, dolores musculares, calambres	☐ Si ☐ No	
Jarabe para la tos	Tos	☐ Si ☐ No	
Pastillas para la tos	Tos	☐ Si ☐ No	
Gotas para los ojos/Visine	Ojos rojos o irritados	☐ Si ☐ No	
Crema o aerosol anti fúngico	Hongos o rasquiña en los pies	☐ Si ☐ No	
Pepto Bismol	Dolor de estomago	☐ Si ☐ No	
Kaopectate/Anti-diarrea	diarrea	☐ Si ☐ No	
Maalox	Antiácido	☐ Si ☐ No	
Roloids	Antiácido	☐ Si ☐ No	
Antihistaminico	Alergias	☐ Si ☐ No	
Anbesol	Dolor de muela	☐ Si ☐ No	
Antibiótico en crema	Cortadas, laceradas	☐ Si ☐ No	
Bengay	Dolor o lesiones musculares	☐ Si ☐ No	
Aerosol cloraseptico	Dolor de garganta	☐ Si ☐ No	
Solarcaine (Aloe)	Quemaduras de sol	☐ Si ☐ No	

Nota: El personal medico **NO le suministrara** ninguno de estos medicamentos a su niño **si usted no indica que Si autoriza** su uso



Información sobre la enfermedad meningocócica

Estimado padre o madre:

Le escribo para informarle acerca de la enfermedad meningocócica, una infección bacteriana potencialmente mortal comúnmente conocida como meningitis meningocócica. La sección 2167 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (NYS PHL) y la subsección 7-2 del Código Sanitario del Estado exigen que los campamentos de niños difundan información sobre la enfermedad meningocócica y su vacunación a todos los campistas que asistan al campamento durante siete noches consecutivas o más.

La enfermedad meningocócica es poco frecuente. Sin embargo, cuando ataca, sus síntomas parecidos a los de la gripe dificultan el diagnóstico. La enfermedad meningocócica puede tener efectos graves, como infección de la membrana que cubre el cerebro y la columna vertebral (meningitis) o infecciones de la sangre (sepsis). La enfermedad ataca rápidamente y puede causar discapacidades graves y permanentes, como pérdida de audición, daño cerebral, convulsiones y amputación de extremidades, en hasta una de cada cinco personas infectadas. Entre el 10% y el 15% de quienes contraen la enfermedad meningocócica, mueren.

La enfermedad meningocócica puede propagarse fácilmente de persona a persona por toser, compartir bebidas o utensilios para comer, besarse o pasar tiempo en contacto estrecho con alguien que está enfermo o es portador de la bacteria. Las personas infectadas pueden propagar las bacterias que causan la enfermedad meningocócica incluso antes de saber que están enfermas.

Cualquiera puede contraer la enfermedad meningocócica, pero algunas personas corren un mayor riesgo, incluso los adolescentes y los adultos jóvenes de entre 16 y 23 años de edad y las personas con ciertas afecciones médicas que afectan el sistema inmunitario.

La mejor manera de prevenir la enfermedad meningocócica es vacunarse. La vacuna meningocócica ACWY (MenACWY) protege contra las cuatro principales cepas de bacterias que causan la enfermedad meningocócica en los Estados Unidos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomiendan aplicarse una dosis única de la vacuna MenACWY a la edad de 11 a 12 años y una dosis de refuerzo a los 16 años. No se recomienda habitualmente a los niños que reciban la vacuna MenACWY antes de las edades recomendadas, a menos que tengan ciertas afecciones médicas subyacentes que aumenten el riesgo de contraer la enfermedad. La vacuna meningocócica B (MenB) protege contra una quinta cepa de bacterias meningocócicas que causa la enfermedad meningocócica. Los adultos jóvenes de entre 16 y 23 años de edad pueden vacunarse con la vacuna MenB y deben consultar con un proveedor de atención médica acerca de esta vacuna.

Le recomiendo que lea cuidadosamente la “Hoja de datos sobre la enfermedad meningocócica” adjunta. También está disponible en el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York en <http://www.health.ny.gov/publications/2168.pdf>.

Puede pedir información sobre la disponibilidad y el costo de la vacuna meningocócica a su proveedor de atención médica o a su departamento de salud local. HFH Summer Camp no proporciona el servicio de vacunación contra enfermedad meningocócica.

Se requiere que HFH Summer Camps mantenga un registro de cada campista, firmado por el padre, la madre o un tutor del campista, que documente lo siguiente:

- recepción y revisión de la información sobre la enfermedad y la vacuna contra el meningococo; Y UNA DE LAS SIGUIENTES
- certificación de que el campista ha sido vacunado contra la meningitis meningocócica en los últimos diez años; o
- comprensión de los riesgos de la enfermedad meningocócica y los beneficios de la vacunación a las edades recomendadas, y la decisión de no obtener la inmunización contra la meningitis meningocócica en este momento.

Complete el “Formulario de respuesta de vacunación contra la meningitis meningocócica” adjunto y envíelo a HFH Summer Camps. Para obtener más información sobre la meningitis meningocócica y la vacuna, consulte con el médico de su hijo. También puede encontrar información sobre la enfermedad en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/mening/default.htm.

Atentamente,

HFH Summer Camp



FORMULARIO DE RESPUESTA DE VACUNACIÓN CONTRA LA MENINGITIS MENINGOCÓCICA

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York exige que el padre, la madre o un tutor de los campistas que asistan a un campamento para niños con estadía nocturna por siete (7) noches consecutivas o más llenen el siguiente formulario y lo envíen al campamento.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan aplicar dos dosis de la vacuna MenACWY (marcas comerciales: Menactra, Menveo) a todos los adolescentes sanos de 11 a 18 años de edad: la primera dosis se administra a los 11 o 12 años de edad, y la dosis de refuerzo a los 16 años de edad. Los niños y los adolescentes con ciertas afecciones médicas podrían necesitar comenzar la serie de MenACWY a una edad más temprana o recibir dosis adicionales. Consulte con el proveedor de atención médica de su hijo respecto de las afecciones médicas que pueda tener.

Si la primera dosis se administra entre los 13 y 15 años de edad, el refuerzo debe administrarse entre los 16 y 18 años de edad. Si la primera dosis se administra después de haber cumplido los 16 años, no se necesita un refuerzo.

Los adultos jóvenes de entre 16 y 23 años de edad pueden optar por recibir la serie de vacunas contra el meningococo B (marcas comerciales: Trumenba, Bexsero). Los padres o los tutores deben consultar con un proveedor de atención médica acerca de la vacuna contra el meningococo.

Marque una casilla y firme abajo.

- ☐ He recibido y leído la información sobre la meningitis meningocócica. Mi hijo ha recibido vacunación meningocócica (Menactra o Menveo) en los últimos diez años.

Fecha en la cual se administró: _____

O

He recibido y leído la información sobre la meningitis meningocócica. Entiendo los riesgos de la meningitis meningocócica y los beneficios de la vacunación en las edades recomendadas.

- ☐ He decidido que **mi hijo**, que es **menor de 11 años de edad**, **no** reciba la vacuna contra la enfermedad meningocócica en este momento; o
- ☐ He decidido que **mi hijo**, que tiene **11 años de edad o más**, **no** reciba la vacuna contra la enfermedad meningocócica en este momento.

Firma: _____
(padre, madre, guardián o tutor)

Fecha: _____

Nombre del campista: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico del padre, la madre o el tutor (opcional): _____



MUST BE COMPLETED, SIGNED AND STAMPED BY DOCTOR

PARA SER COMPLETADA, FIRMADA Y ESTAMPADA POR SU DOCTOR

MEDICAL FORM PART B

A doctor MUST complete Medical Form Part B. The physical examination must have been conducted on or after June 1, 2022

Child's Last Name: _____ **Child's First Name:** _____

D.O.B.: _____ **Age:** _____ **Gender:** ☐ M ☐ F **Weight:** _____ **Height:** _____ **Blood Pressure:** _____ / _____

The applicant is under the care of a physician for the following conditions:

(List allergies, prescribed meal plan, dietary restrictions etc.)

Which of the following has the participant had a history of?

☐ ADD/ADHD ☐ Seizures ☐ Heart Disease ☐ Diabetes ☐ Lyme Disease ☐ Mood Disorder ☐ ODD

Does the child have Asthma ☐ Yes ☐ No If yes, ☐ Intermittent ☐ Mild persistent ☐ Moderate persistent ☐ Severe persistent

Does the child have an Asthma Action Plan? ☐ Yes ☐ No Please provide a copy or complete the action plan attached

ROUTINE MEDICATION

"Medication" is any substance a person takes to maintain and/or improve their health. Please list ALL medications taken routinely.

☐ This person takes **NO** medication on a routine basis

☐ This person takes medications as follows:

Name of medication	Dosage	Frequency	Diagnosis/ Comment
1.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other time:	
2.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other time:	
3.		☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Bedtime ☐ Other time:	

RESTRICTIONS AT CAMP

This child can participate in all physical activities, including swimming? ☐ Yes ☐ No

Does this child have any restrictions, physical limitations? ☐ None ☐ Yes

If yes, please explain: _____

Additional Comments: _____

For Camp Use Only:

Campers Name: _____

Cabin: _____

Unit: _____

Session: _____

MUST BE COMPLETED, SIGNED AND STAMPED BY DOCTOR
PARA SER COMPLETADA, FIRMADA Y ESTAMPADA POR SU DOCTOR

IMMUNIZATIONS

Provide the month and year for each immunization. Starred (*) immunizations must include Month, Day and Year. Copies of immunization forms from health-care providers or state or local government are acceptable. Please note all children must have all immunizations required for the child to attend school in NY State in order to attend camp and must have received two doses of the MMR vaccinations in order to attend camp. All campers must also be fully vaccinated against the COVID-19 virus and provide a copy their vaccination card.

Immunization	Dose 1 Month/Year	Dose 2 Month/Year	Dose 3 Month/Year	Dose 4 Month/Year	Dose 5 Month/Year	Most Recent Dose Month/Year
Diphtheria, tetanus, pertussis (DTaP) or (TdaP)						
Tetanus booster* (dT) or (TdaP) (Month/Day/Year)						
Mumps, measles, rubella* (MMR) (Month/Day/Year)						
Polio (IPV)						
Haemophilus influenzae type B (HIB)						
Pneumococcal (PCV)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Meningococcal meningitis (MCV4)						
COVID-19 Vaccine						
Varicella (chicken pox)	☐ Had chicken pox Date: _____					

Tuberculosis (TB) test DATE: _____ ☐ Negative ☐ Positive

PHYSICIAN AUTHORIZATION

Name of child's physician: _____ Phone: _____

Address: _____

Physician's Statement:

"I have examined _____ and discussed the child's health history with the child's parent/guardian. In my opinion, the above applicant is physically and emotionally fit to participate in an active camp program. I hereby give permission to Homes for the Homeless Summer Camps medical staff to provide the above-mentioned prescription and/or non-prescription medications to this child as needed."

MANDATORY Printed: _____ Signature of Physician: _____

Title: _____ Date of Examination: _____

Place Stamp Here

For camp use only-Screening Record

Date screened: _____ Time: _____ am / pm Screened by _____

Meds received _____

Updated/additions to health history noted: ☐ Yes ☐ No ☐ None required

Current health needs identified: _____

Observational notes: _____

For Camp Use Only: Campers Name: _____ Cabin: _____ Unit: _____ Session: _____



ASTHMA ACTION PLAN

If applicable, must be completed and Signed by Doctor and Parent/Guardian.

Child's Name: _____

Date of Birth: _____

Doctor: _____

Doctor's Phone number: _____

Severity: ☐ Severe Persistent ☐ Moderate Persistent ☐ Mild Persistent ☐ Mild Intermittent

Green Zone: GO - You're Doing Well

Personal Best Peak Flow: _____ - Breathing is good - No Cough or wheeze - Sleep through the night - Can play and work OR	Peak Flow From _____ to _____	Medication	How Much	How Often / When
---	--	------------	----------	------------------

Yellow Zone: Caution - Slow Down!

Continue with green zone medicine and add:

You may have any of these symptoms: - First signs of a cold - Exposure to known trigger - Cough - Mild Wheeze - Tight chest - Coughing at night OR	Peak Flow From _____ to _____	Medication	How Much	How Often / When
---	--	------------	----------	------------------

Red Zone: Danger - Get Help!

Take These Medications and Call your Provider Now!

Your Asthma is <u>getting worse</u> fast: - Medicine is not helping - Breathing is hard and fast - Nose opens wide - Ribs show - Can't talk well OR	Peak Flow less than _____	Medication	How Much	How Often / When
--	-------------------------------------	------------	----------	------------------

Get help from a Doctor now! Do not be afraid of causing a fuss. It's Important! To go directly to the emergency room and bring this form. **DO NOT WAIT!**

Provider Signature: _____ **Date:** _____

(Required)

PARENT OR GUARDIAN TO COMPLETE THIS SECTION

I _____ (Print Parent/Guardian name) give permission to the camp nurse/EMT to exchange information and otherwise assist in the asthma management of my child including direct communication with my child's primary care provider.

Parent / Guardian Signature: _____ **Date:** _____

For Camp Use Only:

Camper's Name: _____

Cabin: _____

Unit: _____

Session: _____



Child's Name: _____

Date of Birth: _____

Current Age: _____

Gender (circle): M / F

Background Information Form

Answering 'Yes' to any of the following questions will not necessarily prevent your child from attending camp.

1. Does your child attend a special needs program or receive 1:1 aid in school?
☐ Yes ☐ NO If yes, please explain: _____
2. Does your child know how to read and write?
☐ Yes ☐ NO If no, please explain: _____
3. Does your child have any major health issues?
☐ Yes ☐ NO If yes, please describe: _____
4. Does your child use words to express needs and feelings? If no, please explain how we can best communicate with them.
☐ Yes ☐ NO _____
5. If he/she struggles with attention, what do you do to focus them?

6. Does your child have any special fears (animals, dark, heights etc.)? _____
7. Does your child wander off from others? If yes, please explain (e.g. runs from group, sneak away)
☐ Yes ☐ NO _____
8. How does your child get along with other children? (taking turns, group activities, conflict, etc.)

9. Does your child have a history of: ☐ Bedwetting ☐ Sleep walking ☐ Difficulty falling asleep ☐ Nightmares
Explain: _____
10. Has there been any significant change in your child's family in the last year?
☐ Divorce/Separation of Parents ☐ Moving ☐ Illness/Death ☐ New Sibling ☐ New School ☐ Other
Explain: _____
11. Does your child have any difficulty with bowel or bladder control?
☐ Yes ☐ NO If yes, please describe: _____
12. Will there be more than one child in your family attending the same camp together?
☐ Yes ☐ NO If yes, list names of siblings: _____
13. Has your child ever attended a sleep-away camp before? ☐ Yes ☐ NO List the camp and year: _____
14. Please check all of the following that describe your child
☐ Friendly ☐ Follower ☐ Happy ☐ Aggressive ☐ Loud ☐ Stubborn ☐ Withdrawn/Shy ☐ Helpful ☐ Cooperative
15. List any other valuable information HFH Summer Camp staff should be aware of to ensure your child has a fun and safe experience:

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad actual: _____

Genero (seleccione): M / F

Formulario de Historial Personal

El responder "Si" a una de las siguientes preguntas no quiere decir que su hijo no podrá asistir al campamento.

1. ¿Esta su niño en un programa para niñez con necesidades especiales o recibe ayuda individual en el colegio?

☐ Si ☐ No Si indico Si, por favor explique: _____

2. ¿Sabe su niño escribir y leer?

☐ Si ☐ No Si indico Si, por favor explique: _____

3. ¿Tiene su niño problemas de salud que necesiten consideración??

☐ Si ☐ No Si indico Si, por favor explique: _____

4. ¿puede su niño expresar en palabras sus necesidades y sentimientos?

☐ Si ☐ No Si No, explique cual es la mejor forma de comunicarse con el/ella:

5. ¿si su niño tiene problemas de atención, que hace usted para lograr que se concentren?

6. ¿tiene su niño algún miedo particular (animales, oscuridad, alturas, etc.)?

7. ¿Tiende su niño a alejarse/escaparse de el grupo? ☐ Si ☐ No Si indico Si, explique:

8. ¿Cómo se la lleva su niño con otros niños? (al turnarse, hacer actividades de grupo, resolver conflictos, etc.)

9. Tiene su niño un historial de: ☐ mojar la cama ☐ caminar durmiendo ☐ dificultad para dormirse ☐ pesadillas

Explique: _____

10. ¿Ha habido un cambio significativo en su familia durante el ultimo año?

☐ Divorcio/separación ☐ Mudanza ☐ Enfermedad/muerte ☐ Nuevo bebe ☐ Nueva escuela ☐ Otro

Explique: _____

11. ¿Sufre su niño de incontinencia? ☐ Si ☐ No Si indico Si, explique: _____

12. ¿Ira mas de un niño en su familia al campamento? ☐ Si ☐ No Si indico Si, escriba sus nombres:

13. ¿Sera esta la primera vez que u niño va a un campamento de verano? ☐ Si ☐ No Si indico No, indique el nombre del campamento y el año en que fue: _____

14. ¿Por favor seleccione todas las opciones que describen a su niño?

☐ Amistoso ☐ Seguidor ☐ Feliz ☐ Agresivo ☐ Ruidoso ☐ Terco ☐ Introvertido ☐ Útil ☐ Colaborador

15. Indique Cualquier otra información que el personal de HFH Summer Camps debería saber, para garantizar que su niño tenga una experiencia segura y divertida:
