



2023 YLC Formulario de Consentimiento y Autorización Médica

Fecha Límite: 1 de abril de 2023

Nosotros, los padres/tutores y el campista, entendemos que los oficiales del Campamento de Liderazgo Juvenil de la NAD harán todo lo posible para comunicarse con las personas autorizadas (por ejemplo, padres o tutores) en caso de emergencia o cuando se necesite atención médica externa. En el caso de que estas personas autorizadas (por ejemplo, padres o tutores) no puedan ser localizadas en caso de emergencia, por la presente damos permiso para autorizar a los funcionarios del Campamento de Liderazgo Juvenil NAD a consentir cualquier procedimiento médico, incluyendo, pero no limitado a: Rayos X, pruebas de rutina, y cualquier otro tratamiento que se considere necesario para mí nombrado a continuación.

Traducción realizada con la versión gratuita del traductor

Nombre completo del campista _____

Nombre del padre/tutor _____

Correo electrónico del padre/tutor _____

Número de Seguridad Social del campista _____

Fecha de nacimiento del campista _____

Edad del campista _____

Sexo del campista

marque uno: no binario, femenino, masculino

Religión del campista

Damos permiso al médico seleccionado por los oficiales del campamento para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado, ordenar inyecciones y/o anestesia, y/o arreglar la cirugía para el campista nombrado en la línea de arriba.

Autorizamos a los responsables del campamento a administrar los medicamentos que consideren necesarios al campista arriba mencionado. Esto incluye medicamentos enviados con el campista, o medicamentos sin receta disponibles en el campamento o recetas ordenadas por un médico durante la sesión del campamento. Entendemos que cualquier gasto médico será facturado directamente a nuestra compañía de seguros. El hospital y/o centro médico recibirá instrucciones de remitirnos la factura si nuestra compañía de seguros no efectúa el pago transcurrido un periodo de tiempo.

A continuación, encontrará una lista de medicamentos de venta libre comunes y la razón por la que se utilizaría el medicamento. Por favor ponga una marca al lado de cada medicamento que usted da permiso para que su hijo tome. La dosis será de acuerdo con las directrices de la etiqueta por la edad y / o el peso de su hijo.



Analgésico/Alivio del dolor/Reductor de la fiebre

- Paracetamol (Tylenol)
- Ibuprofeno (Advil, Motrin)

Antihistamínico/Alergia estacional/Rosas nasales

- Difenhidranina (Benadryl)
- Loratadina (Claritin)
- Clorfeniramina (Chlor-Trimeton)

Pomada para piel irritada y con picor

- Loción de calamina o Calegel
- Aloe o gel para quemaduras
- Protector solar (SPF15 o superior)
- Loción sin perfume
- Crema de hidrocortisona

Resfriado y tos

- Guaifenesina (Robitussin)
- Mentholatum (Vicks Rub)
- Pastillas para la tos o la garganta
- Aerosol cloráséptico

Pomada antibiótica/cortes o rozaduras, Irrigación ocular

- Visine AC
- Gotas oculares

Otros

- Antiácido (Tums)
- Bálsamo labial o vaselina (Vaseline)

Además, eximimos a la Asociación Nacional de los Sordos y a sus oficiales, directores, empleados, agentes y subcontratistas, de toda responsabilidad por lesiones corporales, o coste de tratamiento médico de las mismas, o lesiones incurridas como resultado de la administración de tratamiento de emergencia. Este formulario puede ser fotocopiado para su uso fuera del campamento, para los fines aquí descritos. El campamento me cobrará por cualquier receta y/o medicamento ordenado por el médico que no tengamos en existencia. Esto incluye asuntos relacionados con la odontología. La autorización y el consentimiento serán válidos del 26 de junio al 21 de julio de 2023.



Firma _____

Notificación de emergencia principal

Nombre _____

Relación con el campista _____

Dirección _____

País _____

Teléfono de día _____

Tipo de teléfono [ELEGIR UNO: Videoteléfono, voz, texto]

Teléfono de noche _____

Tipo de teléfono [ELEGIR UNO: Videoteléfono, voz, texto].

Correo electrónico _____

Notificación de emergencia alternativa

Nombre _____

Relación con el campista _____

Dirección _____

País _____

Teléfono diurno _____

Tipo de teléfono [ELEGIR UNO: Videoteléfono, voz, texto]

Teléfono nocturno _____

Tipo de teléfono [ELIJA UNO: Videoteléfono, voz, texto]

Correo electrónico _____

Información sobre el seguro médico Nota: todos los campistas deben tener seguro médico. Si un campista no tiene seguro médico, póngase en contacto con nosotros en nadylc@nad.org.

Compañía de seguros _____

Nombre del asegurado _____

Relación del campista con el asegurado _____

Número de identificación de la póliza _____

Nombre del grupo/número _____

Médico de cabecera _____

Dirección _____

Teléfono _____



Teléfono de urgencias _____

Adjunte el anverso y el reverso de su Tarjeta Sanitaria.

Adjunte, si procede, una explicación por escrito de cualquier solicitud o instrucción específica relativa a la custodia legal o a los acuerdos de acogida, es decir, restricciones de visitas o requisitos de autorización.

Importante: El médico del campista debe rellenar el Formulario de Salud. Asegúrate de que el examen se realiza entre el 22 de julio de 2022 y el 25 de junio de 2023. No se aceptarán exámenes realizados antes del 22 de julio de 2022. Todos los medicamentos traídos al campamento por un campista deben estar en envases claramente etiquetados con el nombre del campista, el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia de administración y la vía de administración. Todos los medicamentos recetados por un médico deben, además, llevar una etiqueta con el nombre del médico que los prescribe, el número de receta, la fecha de prescripción, las posibles reacciones adversas, la condición específica en la que se debe contactar con el médico y otras instrucciones especiales según sea necesario.