



Campamento de Asma 2010- Aplicación

Fundación del Asma y Alergia de América-Capítulo de California
5900 Wilshire Blvd., Suite 710 ▪ Los Angeles, CA 90036 ▪ www.aafa-ca.org
(323) 937-7859 ▪ Fax (323) 937-7815 ▪ Toll Free: (800) 624-0044

El Campamento es para niños edades 8 a 14 años, quienes toman medicamentos diarios por su asma.

Fechas para el Campamento: favor de verificar una solamente

- Residentes de los condados de Los Ángeles y Orange: desde el 5 al 9 de julio 2010
- Residentes de los condados de San Bernardino y Riverside: desde el 12 al 16 de julio 2010

Transportación de autobús será facilitado de la locación determinada
Locación del Campamento: Campamento Nawakwa, Bosque Nacional de San Bernardino

Plazo para aplicar: 14 de mayo 2010

Favor de enviar la aplicación y una cuota de registración de \$5 a:

AAFA- Asthma Camp
5900 Wilshire Blvd. Suite 710
Los Angeles, CA 90036

La aplicación deberá incluir una cuota de \$5 y una foto

Ajunta la foto actual aquí

Página 1 y 2 completado por el padre/tutor. Página 3 y 4 completado por el médico.

Parte A: Identificación (favor de escribir con la letra imprenta clara)

Nombre completo del campista: _____

Apellido

Nombre

Medio

Género: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad para Agosto: ___

Año de escuela en el 2010: ___

Etnia: Afroamericano Asiatico/Etnia Oceania Blanco Latino Americano Nativo Otro

Talla de camisa (para campistas) Talla de niños M G or Talla de adultos S M L XL

Parte 1: B- Información de contactos para emergencia

Padre: Residencia principal

Madre: Residencia principal

Curador: Residencia principal

Apellido _____ Nombre _____

Apellido _____ Nombre _____

Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____

Domicilio _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/ Código Postal _____

Ciudad/Estado/ Código Postal _____

Ciudad/Estado/ Código Postal _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono móvil _____

Teléfono móvil _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono del trabajo _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____

Otros contactos de emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____

Teléfono: _____

Physician: _____

Teléfono: _____

Parte 1: C- Información de asistencia de seguro

Portador de seguro de salud: _____

Póliza de seguro #: _____

CalWORKS (AFDC): _____

Sellos para comida #: _____

MediCal #: _____

Caso de curador #: _____

Visita su hijo a la clínica del condado? Sí No Está elegible su hijo por un programa de comida escolar? Sí No

Parte 1: D- Información general

Sí No

- Ha atendido su hijo(a) al campamento del asma de AAFA? Si respondió sí, favor de hacer una lista de los años que él/ella atendió: _____
- Ha tenido su hijo(a) morriña/pesadillas/enuresis? Si respondió sí, explica _____
- Ha sido diagnosticado su hijo con ADD/ADHD/OCD/siendo hiperactivo? Si respondió sí, haga una lista de medicamentos: _____
- Tiene su hijo cualquiera de las siguientes condiciones crónicas? Si respondió sí, favor de verificar todo los cuadros que le/la corresponden
 Anemia de células falciformes Hepatitis Diabetes Epilepsia Otro _____
- Ha empezado su hija su ciclo menstrual? Si respondió sí y ella toma medicamentos, haga una lista de los medicamentos que toma : _____
- Ha tenido su hijo algunos cambios actuales en la familia? (divorcio, muerte de un familiar o amigo).
 Si respondió sí, explica : _____

Que información adicional debería saber el consejero de cabaña de su hijo que haría el ajustamiento de su hijo más agradable?

Imunización: (Deberá completar todas las fechas para aplicar al campamento)

Inyección de refuerzo/tétano/difteria más reciente ____/____/____ Inyección de varicela ____/____/____

Si no fue vacunado para la varicela, la ha tenido su hijo alguna vez? Sí No

Parte 1 : E- Información sobre el Asma/ la alergia

Por cuánto tiempo ha tenido su hijo el asma? ____ años

Cuanto usa frecuentemente su hijo el Albuterol para aliviar las síntomas del asma?

- Una vez Menos de 2 veces por semana más de 3 veces por semana

Dentro de los pasados 12 meses, su hijo fue:

Ingresado al hospital por el asma Sí No Cuantas veces? _____

Al cuarto de emergencia o el centro de "cuidado urgente" para el asma Sí No Cuantas veces? _____

Su hijo tiene constante el índice del flujo pico? Sí No Que es el índice normal? _____

Su hijo fue instruido a ajustar medicinas según el índice del flujo pico y síntomas? Sí No

Su hijo tiene un plan del acción de asma escrita ? Sí No Si tiene uno, favor de adjuntarlo .

Su hijo sabe cómo usar las siguientes cosas correctamente? (favor de verificar todo los cuadros que le/la corresponden)

- Inhaladores Índice del flujo pico Nebulización No usa medicamentos inhaladores

Tiene su hijo las siguientes alergias/hipersensibilidades? (favor de verificar todos los cuadros que le/la corresponden)

- Comida Medicina Resfriado común Neblina Humedad
 Altura Cosas que son contactados a la piel Inhalantes (por ejemplo: polvo, polen, etc.)

Si alguna de estas cosas fueron verificados, favor de hacer una lista de tipos de comida, medicina, etc.

<u>Tipo de comida/medicina</u>	<u>Reacción (sea específico)</u>	<u>Edad que tuvo la última reacción</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autorización del Padre

Consiento en mi hijo siendo fotografiado, grabado, o entrevistado por el propósito para grabar la experiencia del campamento y entiendo que esto podría ser usado por publicidad, recaudación de fondos u otras utilidades (por ejemplo el sitio AAFA/folletos). Ni el campamento ni el personal médico toma alguna otra responsabilidad.

Consentimiento de tratamiento médico: Doy por el/la presente mi consentimiento por la administración y tratamiento que son considerados medicamente necesarios por mi hijo para los médicos elegidos por el Director del Campamento. Yo doy mi consentimiento a las enfermeras/terapistas respiratorios a dar medicamentos de venta libre como necesidades.

Cláusula inofensiva: Además accedo a sacar la Fundación del Asma y Alergia de América- Capítulo de California (AAFA) y todas sus agentes, empleados y representantes y ciertos otros individuales o entidad asociados con AAFA, de cualquier y toda responsabilidad en el evento de un accidente o herida al campista, incluyendo cualquiera transportación necesaria.

Firma del Padre o Curador _____ **Fecha** _____

PART 2: Must be completed by the child's healthcare provider (physician)

Child's Name: _____
 Date of last physical exam: ____/____/____ Height:____ Weight:____ Blood Pressure:____
 Were there any abnormal findings? Yes No If yes, please explain:_____

PART 2: A- GENERAL MEDICAL HISTORY

Is this patient under your regular care? Yes No **Is patient up to date with Immunizations?** Yes No
 Date of last appointment ____/____/____

Does this patient have any of the following problems? (please all that apply)

- | | | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Convulsive disorders | <input type="checkbox"/> Discipline Problems | <input type="checkbox"/> Skin Disease | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> Orthopedic | <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Bedwetting | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Sleep Problem | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Immunodeficiency | <input type="checkbox"/> HIV Infection |
| <input type="checkbox"/> TB | <input type="checkbox"/> Headaches/Migraines | <input type="checkbox"/> Fainting | <input type="checkbox"/> OCD |
| <input type="checkbox"/> Learning Disabilities | <input type="checkbox"/> ADD | <input type="checkbox"/> Hyperactivity | <input type="checkbox"/> Other |

If any of the above has been checked, please explain: _____

Contraindication to use of steroids or other medication: _____

Does the Camp Medical Staff need to be aware of any of the following?

YES NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Known medical problems, besides asthma? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Known behavioral or psychological issues? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Foods that must be eliminated from this patient's camp diet? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Specific medication issues? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Restrictions/limitations on participation any asthma camp activities? |

If any of the above has been checked "YES", please explain: _____

PART 2: B- ALLERGY HISTORY

What significant allergic conditions(s) does this patient have? (please all that apply)

- Allergic Rhinitis Atopic Dermatitis Chronic/Recurrent Sinusitis Anaphylaxis Allergic GI disturbance

Is this patient allergic to any:

Yes No **MEDICATION?**

List Medications	Reaction	Age of Reaction
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yes No **FOOD?**

List Food	Reaction	Age of Reaction
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yes No **OTHERS** (i.e. bees, wasps, stings, dust mites, molds, pollens, animals)?

List Other Source	Reaction	Age of Reaction
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PART 2: C- ASTHMA HISTORY

Based on NIH's guidelines severity of classification, how would you rate this patient's asthma?

(please one cell in each column that best describes this patient)

	CLASSIFY SEVERITY Clinical Features Before Treatment			TREATMENT	
	Symptoms	Night time Symptoms	Lung Function	Long Term	Quick Relief
<input type="checkbox"/> STEP 4 Severe Persistent	<input type="checkbox"/> Continuous Limited physical activity. Frequent exacerbations	<input type="checkbox"/> Frequent, often 7 times/ wk	<input type="checkbox"/> FEV or PEF <60% predicted. PEF variability >30%	<input type="checkbox"/> High Dose MDI steroid, Long acting bronchodilators. Oral steroid.	<input type="checkbox"/> Beta 2 specific agonist MDI
<input type="checkbox"/> STEP 3 Moderate Persistent	<input type="checkbox"/> Daily Exacerbations affect activity. Exacerbations ≥ 2 times a week; may last days	<input type="checkbox"/> >1 time/ week, but not nightly	<input type="checkbox"/> FEV or PEF >60% to <80% predicted. PEF variability >30%	<input type="checkbox"/> Medium Dose MDI steroid, and/or long acting bronchodilators.	<input type="checkbox"/> Beta 2 specific agonist MDI
<input type="checkbox"/> STEP 2 Mild Persistent	<input type="checkbox"/> >2 times/ wk. but not daily Exacerbations may affect activity	<input type="checkbox"/> 3-4 times/ month	<input type="checkbox"/> FEV or PEF ≥80% predicted. PEF variability 20% to 30%	<input type="checkbox"/> Low Dose MDI steroid or other anti-inflammatory drugs	<input type="checkbox"/> Beta 2 specific agonist MDI
<input type="checkbox"/> STEP 1 Mild Intermittent	<input type="checkbox"/> ≤2 times/ wk. Asymptomatic & normal PEF between exacerbations. Exacerbations brief, intensity may vary.	<input type="checkbox"/> ≤ 2 times/ month	<input type="checkbox"/> FEV or PEF ≥80% predicted. PEF variability < 20%		<input type="checkbox"/> Beta 2 specific agonist MDI

- YES NO In the past year, has this patient been to "Urgent Care" and/or ER due to asthma?
If yes, how many times? _____
- YES NO In the past year, have there been any hospitalizations because of asthma?
If yes, how many times? _____
- YES NO In the past year, has this patient required oral steroids? Dosage _____
If yes, how many times? _____ Date of most recent course ____/____/____

Current Medications:

DRUG	Strength	Dosage	Frequency	Syrup	Caplet	Tablet	Inhaler	Nebulizer
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

HEALTHCARE PROVIDER'S AUTHORIZATION

I have examined the above camp applicant. My signature below indicates that I believe this patient is able to participate in an active camp program designed for children with asthma.

Healthcare Provider Signature Printed Name of Healthcare Provider Date

Clinic or Office Address Medical License # Telephone

City/State/Zip Code

- YES NO Would you like more information about the Asthma & Allergy Foundation of America (AAFA)?
 YES NO Are you interested in volunteering for AAFA's Asthma Camp?