



# Campamento de Asma 2009- 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 13 al 17 de julio 2009
- Residentes de los condados de San Bernardino y Riverside: desde el 20 al 24 de julio 2009

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

**Plazo para aplicar: 22 de mayo 2009**

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 2009: \_\_\_

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"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Known medical problems, besides asthma?                               |
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Known behavioral or psychological issues?                             |
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Foods that must be eliminated from this patient's camp diet?          |
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Specific medication issues?   |
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | 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?