Office use only.
Date application received:
_____

Asthma Camp 2016 Application Form

Make additional copies as needed

Community Asthma Programs of Hasbro Children's Hospital
593 Eddy Street, Annex Bldg. 3rd Floor
Providence, Rhode Island 02903
Phone: 401 444-2955 Fax: 401 444-7409

Application Deadline: May 1st, 2016

Fecha Límite para la entrega de aplicación: 1ro de Mayo del 2016

Application must be signed before your camper is considered for Asthma Camp
(La aplicación debe de ser firmada antes que el campestre sea considerado para el Campamento de Asma)

1. I give permission to the Community Asthma Programs to share information provided on this application, and discuss my child's readiness for camp with his/her doctors, school nurse teacher, teachers, and principal (Yo le doy permiso al Programa Comunitario de Asma de compartir la información proporcionada en esta aplicación y conversar la participación de mí hijo(a) con su doctor, enfermera(o), profesoras(os) y director(a) de la escuela, para el Campamento de Asma.)

Parent Signature
(Firma del Padre/Madre)_____ Date (Fecha)_____

2. I give permission to my child's school nurse teacher, teachers, and principal to discuss his/her readiness to attend asthma camp with the Community Asthma Programs (Yo le doy permiso al doctor, enfermera(o), profesoras(os) y director(a) de la escuela de mí hijo(a) a conversar la participación del Campamento de Asma con el Programa Comunitario de Asma.)

Parent Signature
(Firma del Padre/Madre)_____ Date (Fecha)_____

3. I give permission to my child's doctors to discuss his/her medical history and readiness for asthma camp with the Community Asthma Programs (Yo le doy permiso al doctor de mí hijo(a) a conversar el historial médico y su madurez para el Campamento de Asma con el Programa Comunitario de Asma.)

Parent Signature
(Firma del Padre/Madre)_____ Date (Fecha)_____

1. Camper's Name
Nombre del Campista: _____

2. ❒ Male ❒ Female
Masculino / Femenino

1.a Camper's Nickname
Apodo del Campista:_____

3. Date of Birth
Fecha de Nacimiento:_____

4. Age while at camp 9 to 13
Edad mientras esta en el campamento 9 a 13_____

5. Tee Shirt Size Tamaño de la camiseta
Child Niño Adult Adulto
Sm Med Lg

6. Parent primary language Idioma primario de los padres: _____

7. Address
Dirección:_____

8. City
Ciudad:_____

9. State
Estado:_____

10. Zip Code
Código Postal:_____

11. Custodial Parent/Guardian Name
Nombre del Pariente/Tutor del niño:_____

11a Contact Number:
Teléfono de contacto:_____

12. Custodial Parent/Guardian Employer
Empleo del Pariente/Tutores:_____

12a Alternate Phone Work / Cell
Teléfonos alternativos: Trabajo / Cellular:_____

13. Email(correo electronico)_____

14. Second parent or emergency contact;
Nombre del Segundo pariente ó persona de emergencia:_____

14a Contact Phone Work / Cell
Teléfonos alternativos: Trabajo /Cellular:_____

15. Name of Emergency contact;
Nombre de la persona de emergencia:_____

15a Contact number Work / Cell
Teléfonos alternativos: Trabajo /Cellular:_____

16. Does this camper have health insurance?
¿Tiene éste niño/a seguro médico?:_____

16a. If yes, what type? ❒ Blue Cross ❒ United Health Care
¿Si es si, Cúal tipo?: ❒ NHPRI ❒ Other Otro_____

17. Doctor's Name - Pediatrician
Nombre del Doctor -Pediatra:_____

17a. Doctor's Telephone
Teléfono del Doctor:_____

17b. Address:Dirección:_____

18. Child's Asthma Specialist:
¿Espcialista de asma?: _____

18a. Telephone number:
Número de Teléfono:_____

18b. Address:Dirección:_____

19. Name of mental or behavioral health provider:
Nombre del doctor psicólogo ó salud conductal: _____

19a. Telephone number:
Número de Teléfono:_____

19b. Address:Dirección:_____

20. Name of School
Nombre de la Escuela:_____

20a. School Telephone
Teléfono de la Escuela:_____

Important — These boxes must be complete for attendance*

This health history is correct and complete as far as I know. The person herein named has permission to engage in all camp activities except as noted.

I hereby give permission to the camp to provide, seek, and consent to routine health care, administration of prescribed medications, and emergency treatment for me/my child, as may be necessary, including, but not limited to x-rays, routine tests and treatment, and/or hospitalization. I also give permission for the camp to arrange related transportation. I agree to the release of any records necessary for treatment, referral, billing, or insurance purposes.

It is my intention that the camp be treated as acting *in loco parentis* if the person herein named is a minor. Further, it is my intention that the appropriate representatives of the camp be treated as "personal representatives" for the purposes of disclosing protected health information pursuant to the privacy regulations promulgated pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. I hereby agree (pursuant to 45 CFR § 164.510(b)) to the disclosure to camp representatives of the protected health information of the person herein described, as necessary: (i) to provide relevant information to the camp representatives related to the person's ability to participate in camp activities; and (ii) in the case of minors, to provide relevant information to the camp representatives to keep me informed of my child's health status.

In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician selected by the camp to secure and administer treatment, including hospitalization, for the person named above. This completed form may be photocopied for trips out of camp.

Signature of parent or guardian or adult camper/staffer_____

Printed Name _____ Date_____

Importante – Se require completar estas secciones para poder asistir.*

De mí conocimiento, este historial está complete y correcto. Se permite a la persona aquí descrita a participar en todas las actividades del campamento salvo indicaciín al contrario.
Por la presente authorize al campamento a proveer atentción médica rutinaria, administrartmedicamentos recetados y obtener atención médica de uregencia, incluyendo la toma de radiografías o pruebas rutinatiras. Se permite la divulgación de los records necesarios para propósitos de seguros. Se permite al campamento hacer los arreglos necesarios para el correspondiente transporte de mi persona/mi hijo.
De no poder comunicase conmigo en caso de emergencia por la presente se permite al medico seleccionado por el campamento a obtener y prestart attention, incluyendo la hospitalización, para la persona indicada arriba. El formulario completadopuede ser fococopidao para excursions afuera de campamento.

Firma del padre/guardian, o del participante adulto o del empleado_____

Nombre en letras de molde_____ Fecha_____

HEALTH HISTORY – HISTORIAL DE SALUD

The following information must be filled in by the parent/guardian. The intent of this information is to provide camp health care personnel the background to provide appropriate care. Any changes to this form should be provided to camp personnel upon participant's arrival at camp. Provide complete information so that the camp can be aware of your child's needs.

La siguiente información debe ser completada por el padre / tutor. La intención de esta información es proporcionar al personal de salud del campamento el historial de salud para proporcionar la atención adecuada. Cualquier cambio en este formulario deben ser proporcionados al personal del campo a la llegada de los participantes al campamento. Proporcionar información completa, para que el campamento pueda estar al tanto de las necesidades de su hijo/a.

ALLERGIES ALERGIAS

Medication Allergies list all known Alergias a las medicinas – enliste todas las conocidas	**Describe reaction and management of the reaction.** Describa la reacción y el cuidado a la reacción alergica
Other allergies list all known; include insect stings, hay fever, animal dander, etc. Otras alergias- enliste todas conocidas; incluyendo las picadas de insectos, fiebre de heno, caspa de los animals, ect.	**Describe reaction and management of the reaction.** Describa la reacción y el cuidado a la reacción alergica

Does your child has an asthma action plan?
(Tiene su niño un plan de acción para su asma)
(circle/circule**)**
Yes(Si) **- No**

Food Allergies Alergias de comidas	**Describe reaction and management of the reaction.** Describa la reacción y el cuidado a la reacción alergica	**Does your child eat this food at home?** ¿Comé su niño estas comidas en la casa?
		❒ Yes Si ❒ No
		❒ Yes Si ❒ No
		❒ Yes Si ❒ No
		❒ Yes Si ❒ No

21. Does your child have an Epi pen? tiene el niño un Epinefina/Epi pen ❒ Yes (Si) ❒ No

ASTHMA HISTORY / HISTORIAL DE ASMA

22. In the past year, how many school days did your child miss because of asthma?
¿En el pasado año, cuantos días su niño/a perdió clases por causa de su asma?_____

23. When was your child diagnosed with asthma?
¿Cuando fué su niño/a diagnosticado con asma?_____

24. Has your child used oral steroids e.g. prednisone, prelone, pediapred, orapred in the:
¿Ha estado su niño/a usando esteroides orales como ej.: Prednisone, Prelone, Pediapred, Orapred en el:

24 A. PAST MONTH? Pasado mes? ❒ Yes (Si) ❒ No
How often? ¿Que tán a menudo?_____

24 B. PAST YEAR? Pasado Año? ❒ Yes (Si) ❒ No
How often? ¿Que tan a menudo?_____

25. Has your child been to the emergency room for asthma in the:
¿Ha estado su niño/a en al sala de emergencia en el:

25 A. PAST MONTH? Pasado mes? ❒ Yes (Si) ❒ No
How often? ¿ Cuántas veces?_____

25 B. PAST YEAR? Pasado año? ❒ Yes (Si) ❒ No
How often? ¿ Cuántas veces?_____

26. Has your child been hospitalized for asthma in the:
¿Ha estado su niño/a hospitalizado por asma en el:

26 A. PAST MONTH? Pasado mes? ❒ Yes (Si) ❒ No
How often? ¿Cuántas veces?_____

26 B. PAST YEAR? Pasado año? ❒ Yes (Si) ❒ No
How often? ¿Cuántas veces?_____

27. Does your child have any other health problems e.g., allergies, diabetes? Please list.
¿Tiene su niño/a otros tipos de problemas médicos ej.: alergia, diabetes? Por favor escríbalos_____

28. Does your child have any developmental, behavioral or emotional conditions e.g., ADHD? Please list.
¿Tiene su niño/a problemas de desarrollo de comportamientos ó problemas emocionales ej.: ADHD? Por favor describalos

RESTRICTIONS RESTRICCIONES

Dietary Diateticas

❒ **Does not eat red meat -** No come carne roja	❒ **Does not eat pork -** No come cerdo	❒ **Does not eat eggs -** No come huevos
❒ **Does not eat poultry -** No come aves	❒ **Does not eat seafood -** No come mariscos	❒ **Does not eat dairy products** - No come productos lácteos

❒ **Other describe /** Otras cosas – describer

Explain any restrictions to activity e.g., what cannot be done, what adaptations or limitations are necessary
Expliqué cualquier restricción a las actividades por ejemplo; lo que no se puede hacer, qué adaptaciones o límitaciones son necesarias

GENERAL MEDICAL QUESTIONS Explain ALL "yes" answers below. Has/does the participant:
Preguntas medicas general Explique "si" explique posteriormente. Tiene el paricipante:

1. Had any recent injury, illness or infectious disease?.... ¿Tuvo alguna lesión reciente o enfermedad infecciosa?	❒Yes-Si ❒No	2. Ever been hospitalized other than asthma?.... ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por otra razón que no sea de asma?	❒Yes-Si ❒No
3. Have frequent headaches?..... ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	❒Yes-Si ❒No	4. Ever been knocked unconscious?..... ¿Alguna vez te han golpeado hasta quedar inconsciente?	❒Yes-Si ❒No
5. Ever had frequent ear infections?..... ¿Infecciones de oído frecuentes tenido alguna vez?	❒Yes-Si ❒No	6. Ever been dizzy during or after exercise?..... ¿Alguna vez ha sentido mareado durante o después del ejercicio?	❒Yes-Si ❒No
7. Ever passed out during or after exercise?..... ¿Alguna vez se desmayó durante o después del ejercicio?	❒Yes-Si ❒No	8. Ever had chest pain during or after exercise?.. ¿Ha tenido dolor en el pecho durante o después del ejercicio?	❒Yes-Si ❒No
9. Have a chronic or recurring illness/condition?..... ¿Tener una enfermedad / condición crónica o recurrente?	❒Yes-Si ❒No	10. Ever had surgery?..... ¿Alguna vez ha tenido cirugía?	❒Yes-Si ❒No
11. Ever had a head injury? ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza?	❒Yes-Si ❒No	12. Wear glasses, contacts or protective eye wear? ¿Usa lentes, contactos o gafas de protección?	❒Yes-Si ❒No
13. Ever had seizures?..... ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?	❒Yes-Si ❒No	14. Ever had high blood pressure?..... ¿Alguna vez ha tenido la presión alta?	❒Yes-Si ❒No

15. Ever been diagnosed w/heart problems?.... ¿Alguna vez te han diagnosticado con problemas del corazón?	❒Yes-Si ❒No	16. Ever had problems w/joints e.g., knees, ankles?..... ¿Alguna vez ha tenido problemas w / las articulaciones por ejemplo, las rodillas, los tobillos?	❒Yes-Si ❒No
17. Have any skin problems e.g., itching, rash, acne?..... ¿Tiene problemas de la piel por ejemplo, picor, erupción cutánea, acné?	❒Yes-Si ❒No	18. Had mononucleosis in the past 12 months?.. ¿Tuvo mononucleosis en los últimos 12 meses?	❒Yes-Si ❒No
19. Have problems w/sleepwalking?..... Tener problemas w / sonambulismo?	❒Yes-Si ❒No	20. Have a history of bed-wetting?..... Tiene un historial de mojar la cama?	❒Yes-Si ❒No
21. Ever had back problems?..... ¿Alguna vez ha tenido problemas de espalda?	❒Yes-Si ❒No	22. Have an orthodontic appliance being brought to camp?..... ¿Tiene un aparato de ortodoncia para ser llevado al campamento?	❒Yes-Si ❒No
23. Have Diabetes?..... ¿Tiene diabetes?	❒Yes-Si ❒No	24. Had problems w/diarrhea/constipation?..... Problemas con diarrhea / estreñimiento?	❒Yes-Si ❒No
25. If female, have an abnormal menstrual history?..... ¿Si es mujer, tiene un historial menstrual anormal?	❒Yes-Si ❒No	26. Ever had an eating disorder?..... ¿Alguna vez ha tenido un trastorno de alimentación?	❒Yes-Si ❒No

Please explain any "yes" answers, noting the number of questions
Por favor explique cualquier respuestas "sí", señalada en las preguntas posteriores

Use this space to provide any additional information about the participant's behavior and physical, emotional, or mental health about which the camp should be aware.
Utilice este espacio para cualquier información adicional sobre el comportamiento de los participantes y la salud física, emocional o mental acerca de lo que el campo debe ser consciente.

How often does your child have symptoms? ¿Cuántas veces su niño ha tenido algunos de estos síntomas de asma?	**Frequency of Asthma Warning Signs** ***Please complete*** Signos Frecuentes Tempranos de Asma ***Por favor completar***			
Cough during the day Tos durante el día	**1-2 days/week** ❒ 1-2 día por semana	**3-6 days/week** ❒ 3-6 día por semana	**Everyday** ❒ Diariamente	**Continuously** ❒ Continuamente
Wheezing or chest tightness during the day Silbido ó pecho appretado durante el día	**1-2 days/week** ❒ 1-2 día por semana	**3-6 days/week** ❒ 3-6 día por semana	**Everyday** ❒ Diariamente	**Continuously** ❒ Continuamente
Nighttime cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath Tos, silbido, pecho apretado ó respiración corta en la noche	**1-2 nights/months** ❒ 1-2 noche por mes	**3-4 nights/month** ❒ 3-4 noche por mes	**More than once/week** ❒ Más de una vez por semana	**Everyday** ❒ Diariamente
Cough, wheeze, shortness of breath with exercise Tos, silbido, respiración corta por el ejercicio	**If running a long time** ❒ Si corre por mucho tiempo	**With moderate effort - Asthma may affect exercise** ❒ Con esfuerzo moderado - el asma puede afectar el ejercicio	**Usually - Asthma does affect exercise** ❒ Usualmente - el asma afecta el ejercicio	**Always Exercise is limited** ❒ Siempre - el ejercicio es limitado
Asthma affects my child's daily activities: El asma afecta las actividades diarias de mi hijo:	**Never** ❒ Núnca	**Sometimes – Asthma may affect activities** ❒ Algunas veces - el asma puede afectar las actividades	**Often - Asthma does affect activities** ❒ Seguidamente - el asma afecta las actividades	**Frequently - Asthma limits activities** ❒ Frecuentemente - el asma limita las actividades

Please mark which medicines your child takes: Favor de marcar cuales de las siguientes medicinas toma su hijo: **Please check below:**	**Dose mg or mcg** Dosis mg ó mcg	**How many puffs or pills-per day?** ¿Cuantos puffs ó pastillas toma al día?	**How many times per day?** ¿Cuantas veces por día?	**Last used?** ¿Ultima vez usada?
___Albuterol-**Proventil HFA/ Ventolin HFA/ ProAir HFA** ___ Albuterol Nebulizer ___Levalbuterol **Xoponex HFA** ___**DuoNeb Nebulizer** ___Ipratropium bromide **Atrovent HFA**				
___Ciclesomide **Alvesco** ___Beclomethasone **Qvar** ___Fluticasone **Flovent HFA and discus** ___Budesonide **Pulmicort Flexhaler and Respules and Turbohaler** ___Mometasone furoate powder **Asmanex Twisthaler**				
___Budesonide / Formoterol fumerate **Symbicort** ___Salmeterol xinafoate / Fluticasone Proprionate **Advair** ___Tiotropium bromide **Spiriva**				
___Montelukast **Singulair** ___Ziluton **Zyflo, Zyflo CR** ___Omalizumab **Xolair** or Allergy shots/drops?				

Please list *ALL* other medications:
Por favor escriba otras medicinas adicionales:

*Your application is incomplete until you sign up online. To access our online form, please visit: http://www.hasbrochildrenshospital.org/asthma-camp/sign-up.html

* Su solicitud está incompleta hasta que usted se inscriba en la pagina electronica indicada en la parte posterior de esta aplicación. Para acceder a nuestro formulario en línea, visite: http://www.hasbrochildrenshospital.org/asthma-camp/sign-up.html

Appendix 2A