

Estimados Padres:

Salinas Valley Health se complace en invitar a su hijo o hija a participar en nuestro Campamento del Asma. Este campamento es el único programa de verano en el Condado de Monterey diseñado específicamente para educar a los niños sobre el asma en un entorno informativo, atractivo y divertido. Nuestro campamento le provee a los niños las herramientas necesarias para tomar el control de su asma.

Los niños adquirirán conocimientos valiosos sobre su condición y desarrollarán mejores habilidades para enfrentar sus desafíos. El programa incluye cinco sesiones educativas diarias, estructuradas en torno a nuestro cuaderno de trabajo personalizado, que contiene explicaciones detalladas de diversos temas, actividades divertidas y una sección dedicada a la educación para los padres. Los beneficios de este programa serán inmediatos tanto para usted como para los niños.

El Campamento del Asma está completamente financiado por donaciones de la Salinas Valley Health Foundation a través de nuestro programa local Children's Miracle Network Hospitals Program. Estamos agradecidos por el apoyo de nuestros donantes, médicos y el personal de Salinas Valley Health, quienes hacen posible este campamento. Lo invitamos a aprovechar esta oportunidad para empoderar a su hijo o hija y ayudarlos a llevar una vida más saludable y activa. Visite [SalinasValleyHealth.com/asthmacamp](http://SalinasValleyHealth.com/asthmacamp) o llame al 831-759-1890 para obtener más información (hay una tarifa de inscripción de \$10).

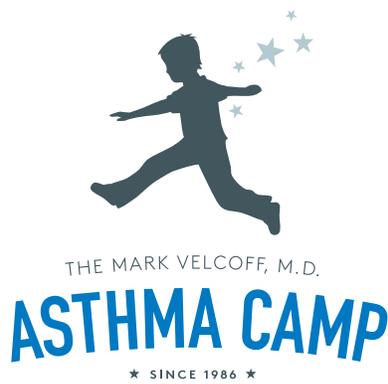
Esperamos una semana emocionante llena de aprendizaje y diversión en nuestro Campamento del Asma, y deseamos que su hijo o hija puedan unirse a nosotros para una experiencia enriquecedora y educativa.

Atentamente,

Allen Radner, MD  
Salinas Valley Health  
Presidente y Director Ejecutivo



FOUNDATION



Se adjunta un paquete de solicitud para el Campamento del Asma 2025 que se llevará a cabo del 21 de julio al 25 de julio.

- Hoja de información del Campamento del Asma
- Formularios de inscripción para completar y devolver
- Formulario de referencia del médico para que lo llene EL MÉDICO y se devuelva
- Formulario de renuncia y liberación de responsabilidad para llenar y devolver
- Invitación a almuerzo familiar y ceremonias de graduación
- Mapa de la escuela Monterey Park
- Formulario de prueba de control del asma para completar y devolver
- Tarjeta de contacto de emergencia para completar y devolver

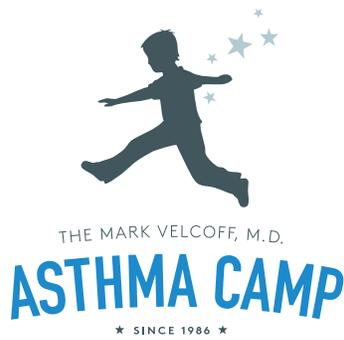
El espacio es limitado para ser un participante del Campamento del Asma. Es importante que su solicitud sea devuelta lo antes posible para reservar el lugar de su hijo en el campamento. La referencia del médico puede devolverse en una fecha posterior debido a la disponibilidad del médico, pero debe entregarse antes de la reunión previa al campamento.

**LA FECHA LÍMITE DE INSCRIPCIÓN ES EL 28 DE JUNIO DE 2025.**

Se le enviará un acuse de recibo por escrito de su solicitud y del pago de la tarifa.



FOUNDATION



**Fechas:** 21 de julio al 25 de julio de 2025

**Edades:** 6 - 12 años

**Horario:**

Lunes: 9:00am a 3:30pm  
Martes: 9:00am a 3:30pm  
Miércoles: 9:00am a 3:30pm  
Jueves: 8:00am a 3:30pm  
Viernes: 9:00am a 1:30pm

El transporte hacia y desde el campamento es responsabilidad de los padres.

**Ubicación:**

Escuela Monterey Park, 410 San Miguel Avenue, Salinas 93901.  
Los niños serán transportados en autobús a las actividades fuera del sitio.

**Tarifa:** Se requiere una tarifa de inscripción de \$10 para reservar su lugar, pero todos los demás costos están completamente financiados por donaciones hechas a la Salinas Valley Health Foundation a través de nuestro Programa Children's Miracle Network Hospitals.

El pago se puede realizar de dos formas:

- 1) Con tarjeta de crédito a través de nuestro sitio web en [SalinasValleyHealthFoundation.org/asthmacamp](http://SalinasValleyHealthFoundation.org/asthmacamp)
- 2) Con cheque, a nombre de: Salinas Valley Health Foundation. Por favor, indique "Campamento del Asma" y el nombre de su campista en la sección de notas.

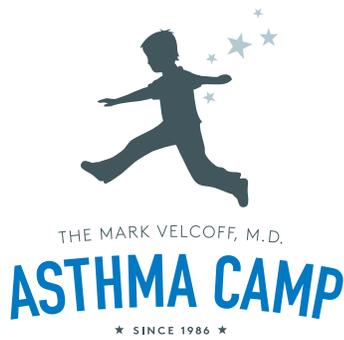
**Envíe el paquete de inscripción completo por correo electrónico a [HealthPromotion@SalinasValleyHealth.com](mailto:HealthPromotion@SalinasValleyHealth.com) o envíelo por correo a la siguiente dirección:**

Asthma Camp Registration Salinas Valley Health/Health Promotion Department  
450 E. Romie Lane, Salinas, CA 93901

**Para más información:**

Visite [SalinasValleyHealth.com/asthmacamp](http://SalinasValleyHealth.com/asthmacamp) o llame al 831-759-1890

Supervisión médica estará disponible en el campamento.  
Se enviará más información.



**LA INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON LOS CONSEJEROS DEL CAMPAMENTO Y LOS VOLUNTARIOS, SEGÚN SE NECESITE**

Favor de llenar todos los espacios en blanco y marque las respuestas apropiadas.

Nombre del niño/niña	Fecha de nacimiento	Edad
<input type="checkbox"/> Varón/Hembra <input type="checkbox"/> Altura	Peso	Grado
Dirección	Ciudad	Código postal
Padre/madre/tutor	Teléfono principal/celular # Dirección de correo electrónico	
Padre/madre/tutor	Teléfono principal/celular # Dirección de correo electrónico	

**AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR A SU HIJO Enumere todas las personas autorizadas para recoger a su hijo:**

Nombre	Relación	Teléfono #
Nombre	Relación	Teléfono #
¿Hay alguien que no tiene permitido recoger o contactar a su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre:		
¿Su hijo tiene necesidades o consideraciones especiales de atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SELECCIONE UNO

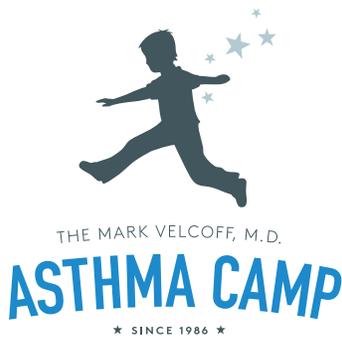
**TALLA DE CAMISA PARA SU HIJO**

Niño M  Niño L  Adulto M  Adulto L  Adulto XL  Adulto XXL

Apodo del niño/niña: \_\_\_\_\_

1. ¿A qué edad su hijo desarrolló por primera vez asma (sibilancias)? \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien más en la familia inmediata tiene asma?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_



3. ¿Qué desencadena las sibilancias de su hijo? Por favor, marque todo lo que aplique.

- Infecciones  Animales  Polvo  Polen  Moho  Emociones  Ejercicio

Enumerar otros elementos: \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo o hija tiene sibilancias durante todo el año, o solo durante ciertos meses? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuántos ataques de asma ha tenido su hijo o hija en los últimos dos meses? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuántos días de escuela perdió su hijo o hija el año pasado debido a asma o dificultad para respirar? \_\_\_\_\_

7. ¿Está su hijo o hija en una clase de educación física restringida?  Sí  No \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez su hijo o hija ha sido hospitalizado a causa del asma?  Sí  No \_\_\_\_\_

9. Número de hospitalizaciones en los últimos dos años: \_\_\_\_\_ Última fecha de admisión: \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo describiría los síntomas de su niño o niña?  Presentes solo con ejercicio

- Presentes, pero no interfieren con las actividades diarias  Presentes e intermitentemente interfieren con las actividades y el sueño  Otros, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

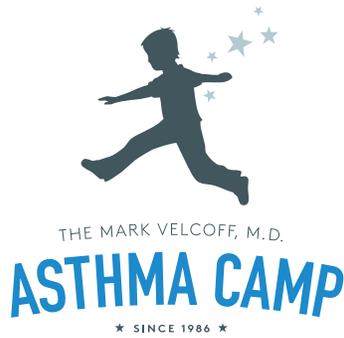
\_\_\_\_\_

11. Indique todos los medicamentos que toma su niño en la actualidad:

Nombre	Dosificación	Horas que se administra
Nombre	Dosificación	Horas que se administra
Nombre	Dosificación	Horas que se administra

12. ¿Dónde se enteró usted del Campamento del Asma? (marque todos los que correspondan)

- Médico  Televisión/Radio/por escrito  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_



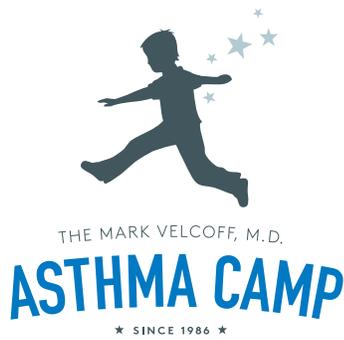
13. Se da prioridad de inscripción a los campistas primerizos:

- Este será mi primer año asistiendo
- Este será mi segundo año asistiendo
- Este será mi \_\_\_\_\_ año asistiendo

*Si su hijo o hija ha asistido al campamento anteriormente, su nombre se agregará a una lista de espera. El registro en la lista de espera se confirmará antes del 18 de junio según la disponibilidad de espacio.*

14. El Campamento del Asma tiene una política estricta contra el acoso o bullying. Durante la educación previa al campamento para padres, todos los padres revisarán la política y se les pedirá que firmen y cumplan con la política antes de la fecha de inicio del campamento.

15. La inscripción para el Campamento del Asma está limitado a 30 asistentes.



### LÍDER DEL CAMPAMENTO

Proporciona a los estudiantes la oportunidad de mantenerse conectados con el programa.

**LA INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON LOS CONSEJEROS DEL CAMPAMENTO Y LOS VOLUNTARIOS, SEGÚN SE NECESITE**

Favor de llenar **todos** los espacios en blanco y marque las respuestas apropiadas.

Nombre del niño/niña	Fecha de nacimiento	Edad
<input type="checkbox"/> Varón/Hembra <input type="checkbox"/> Altura	Peso	Grado
Dirección	Ciudad	Código postal
Padre/madre/tutor	Teléfono principal/celular # Dirección de correo electrónico	
Padre/madre/tutor	Teléfono principal/celular # Dirección de correo electrónico	

**AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR A SU HIJO Enumere todas las personas autorizadas para recoger a su hijo:**

Nombre	Relación	Teléfono #
Nombre	Relación	Teléfono #
¿Hay alguien que no tiene permitido recoger o contactar a su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre: _____		
¿Su hijo tiene necesidades o consideraciones especiales de atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SELECCIONE UNO

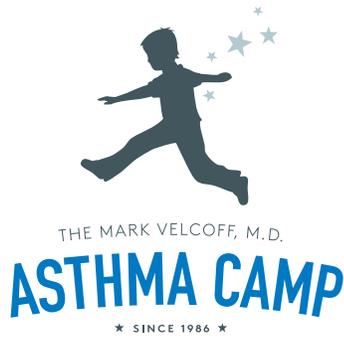
**TALLA DE CAMISA PARA SU HIJO**

Niño M  Niño L  Adulto M  Adulto L  Adulto XL  Adulto XXL

Apodo del niño/niña: \_\_\_\_\_

1. ¿A qué edad su hijo desarrolló por primera vez asma (sibilancias)? \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien más en la familia inmediata tiene asma?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_



3. ¿Qué desencadena las sibilancias de su hijo o hija? Por favor, marque todo lo que aplique.

- Infecciones  Animales  Polvo  Polen  Moho  Emociones  Ejercicio  Comida

Enumerar otros elementos: \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo o hija tiene sibilancias durante todo el año, o solo durante ciertos meses? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuántos ataques de asma ha tenido su hijo o hija en los últimos dos meses? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuántos días de escuela perdió su hijo o hija el año pasado debido a asma o dificultad para respirar? \_\_\_\_\_

7. ¿Está su hijo o hija en una clase de educación física restringida?  Sí  No \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez su hijo o hija ha sido hospitalizado a causa del asma?  Sí  No \_\_\_\_\_

9. Número de hospitalizaciones en los últimos dos años: \_\_\_\_\_ Última fecha de admisión: \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo describiría los síntomas de su niño o niña?  Presentes solo con ejercicio

- Presentes, pero no interfieren con las actividades diarias  Presentes e intermitentemente interfieren con las actividades y el sueño  Otros, explique: \_\_\_\_\_

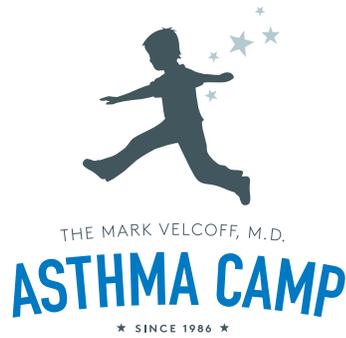
\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. Indique todos los medicamentos que toma su niño en la actualidad:

Nombre	Dosificación	Horas que se administra
Nombre	Dosificación	Horas que se administra
Nombre	Dosificación	Horas que se administra

12. ¿Dónde se enteró usted del Campamento del Asma? (marque todos los que correspondan)

- Médico  Televisión/Radio/por escrito  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_



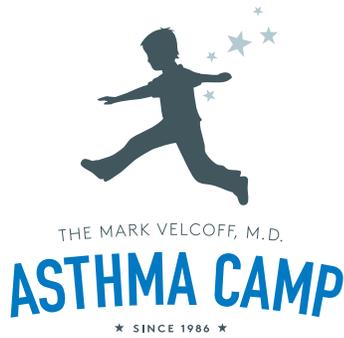
13. Se da prioridad de inscripción a los campistas primerizos:

- Este será mi primer año asistiendo.
- Este será mi segundo año asistiendo.
- Este será mi \_\_\_\_\_ año asistiendo.

*Si su hijo o hija ha asistido al campamento anteriormente, su nombre se agregará a una lista de espera. El registro en la lista de espera se confirmará antes del 20 de junio según la disponibilidad de espacio.*

14. El Campamento del Asma tiene una política estricta contra el acoso o bullying. Durante la educación previa al campamento para padres, todos los padres revisarán la política y se les pedirá que firmen y cumplan con la política antes de la fecha de inicio del campamento.

15. La inscripción para el Campamento del Asma está limitado a 30 asistentes.



# referencia médica

Nombre del niño/niña \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. ¿Este niño o niña tiene asma?  Sí  No

2. Enumere los medicamentos de RESCATE para el asma del niño/niña: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Enumere los medicamentos de CONTROL para el asma del niño/niña: \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_

4. Enumere los medicamentos para el asma que se toman justo antes del ejercicio: \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Enumere todos los demás medicamentos que toma el niño/niña: \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Enumere los desencadenantes del asma (p. ej.: infecciones de las vías respiratorias superiores, ejercicio, polen, mascotas, polvo, clima):  
\_\_\_\_\_

7. Enumere todas las alergias (p. ej.: medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, etc.):  
\_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_

8. Otros problemas de salud, discapacidades o preocupaciones: \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

10. Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

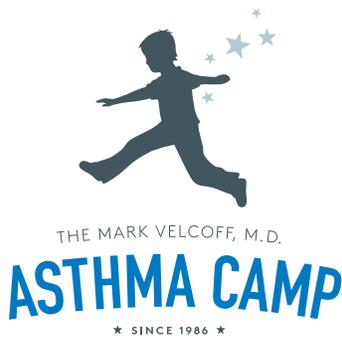
Firma del médico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Envíe el formulario por correo o fax a:**

Asthma Camp Registration, Salinas Valley Health/Health Promotion Department,  
450 E. Romie Lane, Salinas, CA 93901

Fax: 831-422-1014



## ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, RENUNCIA Y CONSENTIMIENTO

\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo asista al Campamento del Asma Mark Velcoff, M.D. en la Escuela Monterey Park en Salinas y participe en todas las actividades y excursiones del Campamento del Asma. En consideración a la participación de mi hijo en el Campamento del Asma Mark Velcoff, M.D., que incluye, entre otras actividades, la participación en actividades atléticas, clases de ejercicio y programas deportivos, incluido cualquier programa fuera del sitio, entiendo que Salinas Valley Health y Salinas Valley Health Foundation, Inc. no asumen ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades que mi hijo pueda sufrir como resultado de su condición física o como resultado de la participación de mi hijo en cualquiera de las actividades antes mencionadas. Doy permiso para que mi hijo sea transportado de las actividades básicas del campamento a cualquier actividad especial relacionada con el campamento.

\_\_\_ En caso de enfermedad o lesión de mi hijo, autorizo y doy mi consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental y atención en el centro médico que se determine necesaria y que sea proporcionada por médicos o personal de la sala de emergencias con licencia bajo la disposición de la Ley de Práctica Médica. Se entiende que esta autorización se otorga con anticipación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención que el centro médico específica que se requiera, pero se otorga para dar consentimiento a dicha atención cuando el personal médico del hospital lo considere conveniente.

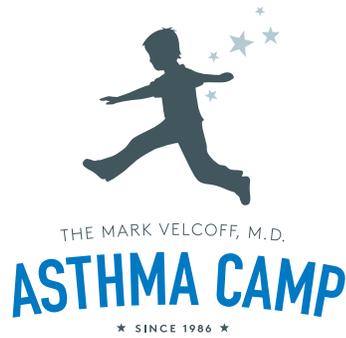
\_\_\_ Entiendo que el hospital intentará comunicarse conmigo antes de brindar tratamiento a mi hijo. Sin embargo, no se suspenderá el tratamiento si no se me puede localizar. Autorizo al centro médico entregar la custodia física de mi hijo a la persona que lo presentó para recibir tratamiento al finalizar el tratamiento si no estoy presente en el momento en que den de alta a mi hijo. Este consentimiento permanecerá vigente desde el 21 de julio de 2025 hasta el 25 de julio de 2025.

\_\_\_ Personalmente y en nombre de mi hijo, por la presente libero, dispenso y acepto eximir de responsabilidad a Salinas Valley Health, sus directivos, funcionarios, empleados, agentes y voluntarios, así como a Salinas Valley Health Foundation, Inc., sus regidores, agentes y voluntarios ("Partes Liberadas de Responsabilidad") de y contra de todas y cada una de las reclamaciones o derechos que puedan surgir en lo sucesivo contra las Partes Liberadas de Responsabilidad por lesiones, enfermedades, muerte, pérdida o daños directos o indirectos que yo o mi hijo pudiéramos sufrir o padecer como resultado de la participación de mi hijo en el Campamento del Asma Mark Velcoff, M.D.

\_\_\_ También doy mi consentimiento y autorizo a Salinas Valley Health y a Salinas Valley Health Foundation, Inc. para que puedan fotografiar o permitir que otras personas fotografíen a mi hijo y usen los negativos o las impresiones preparadas a partir de dichas fotografías para los fines que Salinas Valley Health o Salinas Valley Health Foundation, Inc. consideren apropiados. Por la presente renuncio a cualquier derecho a remuneración por dichos usos de las fotografías. El término "fotografía" se refiere a una imagen o fotografía fija en cualquier formato, así como cintas de video, discos de video y cualquier otro medio mecánico de grabación y reproducción de imágenes.

\_\_\_ Acepto que este Acuerdo de Liberación de Responsabilidad, Renuncia y Consentimiento pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permitan las leyes del estado de California y que si alguna parte se considera inválida, el resto continuará en pleno vigor y efecto legal.

Nombre del Campista	Fecha
Nombre del padre/tutor (Impreso o en letra de molde)	
Firma del padre, madre o tutor	



## Usted y su familia están invitados al almuerzo familiar del Campamento del Asma Mark Velcoff, MD, 2025 de Salinas Valley Health

Las festividades comenzarán a las 9:00 a.m. el viernes 25 de julio  
Se llevarán a cabo en la Escuela Monterey Park,  
410 San Miguel Ave., CA 93901

Busque el letrero de nuestro campamento  
Confirmar asistencia antes del lunes 21 de julio al 831-759-1890

El personal del Campamento del Asma espera su participación en  
nuestras ceremonias finales.

¡Ayúdenos a felicitar a nuestros niños graduados!

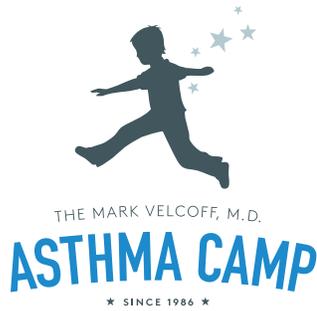
*Tener en cuenta lo siguiente: Su hijo deberá ser recogido en la Escuela  
Monterey Park a la 1:30 p.m. el viernes 25 de julio.*



FOUNDATION

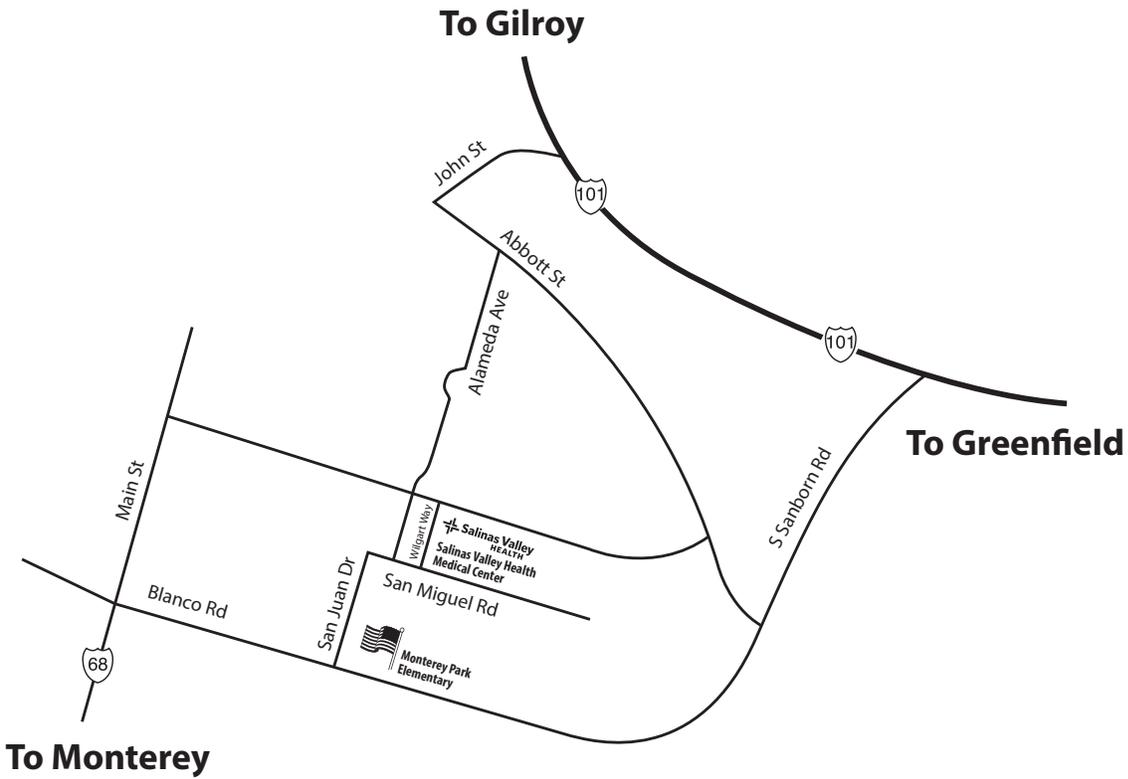
[SalinasValleyHealth.com/asthmacamp](http://SalinasValleyHealth.com/asthmacamp)

graduación familiar



**Monterey Park Elementary School • 410 San Miguel Ave., Salinas**  
 Please park in front of school. Walk your child back behind school following the driveway.  
 Look for Asthma Camp signs.

Por favor estacione su vehículo frente a la escuela. Camine con su hijo o hija hacia detrás de la escuela siguiendo el camino de entrada de vehículos. Busque los carteles del Campamento del Asma.



directions / map

Indicar nombre: \_\_\_\_\_  
 Indicar dirección: \_\_\_\_\_  
 Indicar ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Nombre del campista: \_\_\_\_\_

## Prueba de control del asma para niños de 4 a 11 años.

Esta prueba le dará un puntaje que puede ayudar al médico a evaluar si el tratamiento para el asma de su niño/a está funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiarlo.

### Cómo contestar la prueba de control del asma de la infancia

**Paso 1** Deje que su niño/a conteste las primeras cuatro preguntas (de la 1 a la 4). Si su niño/niña necesita ayuda para leer o entender alguna pregunta, usted puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. Conteste usted las tres preguntas restantes (de la 5 a la 7) y no permita que las respuestas de su niño/niña afecten sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

**Paso 2** Escriba el número de cada respuesta en el cuadrado de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

**Paso 3** Suma cada uno de los puntajes de los cuadrillos para obtener el total.

**Paso 4** Enseñe la prueba a su médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

Si el puntaje de su niño/a es 19 o menos, puede ser una señal de que el asma de su niño/a no está tan bien controlada como podría estar. Sin importar el resultado, lleve esta prueba a su médico para hablar sobre los resultados de su niño/a.

**19**  
o menos

### Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 <b>0</b> Muy mala	 <b>1</b> Mala	 <b>2</b> Buena	 <b>3</b> Muy buena
---	---	--	--

PUNTAJE

2. ¿Qué tan problemática es tu asma cuando corres, haces ejercicio o practicas algún deporte?

 <b>0</b> Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer.	 <b>1</b> Es un problema y no me siento bien.	 <b>2</b> Es un problema pequeño pero está bien.	 <b>3</b> No es un problema.
---	--	---	---

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

 <b>0</b> Sí, siempre.	 <b>1</b> Sí, la mayoría del tiempo.	 <b>2</b> Sí, algo del tiempo.	 <b>3</b> No, nunca.
---	---	---	---

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?

 <b>0</b> Sí, siempre.	 <b>1</b> Sí, la mayoría del tiempo.	 <b>2</b> Sí, algo del tiempo.	 <b>3</b> No, nunca.
---	---	---	---

### Por favor conteste usted las siguientes preguntas.

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a síntomas de asma durante el día?

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a respiración sibilante (un silbido en el pecho) durante el día debido al asma?

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días se despertó su niño/a durante la noche debido al asma?

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

**TOTAL**



THE MARK VELCOFF, M.D.  
**ASTHMA CAMP**  
 \* SINCE 1986 \*

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  VARÓN  HEMBRA

NOMBRE DEL PADRE/MADRE \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:** LISTA DE PERSONAS ALTERNATIVAS A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

MÉDICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

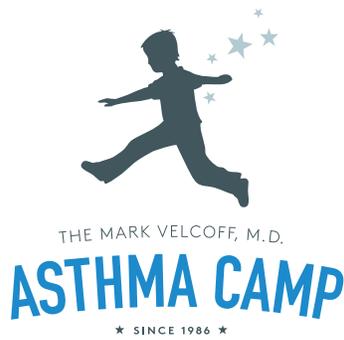
¿HA ASISTIDO AL CAMPAMENTO ANTERIORMENTE?  SÍ  NO (N.º DE) AÑOS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS ACTUALES \_\_\_\_\_

ALERGIAS GRAVES \_\_\_\_\_ Escriba cualquier comentario adicional en el reverso de esta ficha.



FOUNDATION



# horario del campamento

## Lunes 21 de julio

### *Día de Introducción*

9:00 - 10:00	Ceremonia de inauguración, estaciones y foto de grupo. Repartir camisetas, cuadernos de trabajo, botellas de agua y riñoneras.
10:00 - 10:15	Refrigerio
10:15 - 11:30	Orientación sobre el asma
11:30 - 12:30	Almuerzo
12:30 - 2:00	Campamento de fútbol/artes y manualidades
2:15 - 2:45	Técnicas de relajación/entrenamiento de liderazgo
2:45 - 3:30	Invitado Especial
3:30	Recoger a su hijo/hija

## Martes 22 de julio

9:00 - 10:00	Ceremonia de inauguración y estaciones
10:00 - 11:45	Educación sobre el asma
11:45 - 12:30	Almuerzo
12:30 - 1:00	Técnicas de relajación/refrigerio
1:00 - 2:30	Invitado Especial
2:30 - 3:30	Artes y manualidades
3:30	Recoger a su hijo/hija

## Miércoles 23 de julio

### *Día de Senderismo*

9:00 - 9:30	Ceremonia de inauguración y estaciones
9:30 - 10:00	Guardabosques Tammy llega para una charla educativa sobre senderismo y serpientes
10:00 - 10:15	Autobús a Creekside Trail
10:15 - 12:00	Senderismo
12:00 - 12:15	Autobús de regreso a la escuela Monterey Park Elementary
12:30 - 1:30	Almuerzo
1:30 - 3:30	Educación sobre el asma
3:30	Recoger a su hijo/hija

## Jueves 24 de julio

### *Día de Natación (YMCA)*

9:00 - 9:30	Ceremonia de apertura y estaciones
9:30 - 10:00	Pickle Ball, Fútbol, y más
10:00-11:30	Educación sobre el asma/ técnicas de relajación/ capacitación de liderazgo
11:30 - 12:30	Almuerzo
12:30	Salida para ir a nadar
1:00 - 2:00	Día de natación en la YMCA
2:00 - 2:15	Autobús de regreso a la Escuela Monterey Park Elementary
2:30 - 3:30	Técnicas de relajación/refrigerio /entrenamiento de liderazgo
3:30	Recoger a su hijo/hija

## Viernes 25 de julio

### *Graduación*

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura y estaciones
10:00 - 10:15	Refrigerio
10:15 - 12:00	Campamento Olímpico
12:00 - 12:30	Almuerzo familiar
12:30 - 1:30	Graduación y premios
1:30	Recogida/fin del campamento