



Registración de Campamento

Nombre del Campista _____ Apellido del Campista _____
Correo Electrónico _____
Número Telefónico _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Género: Masculino _____ Femenino _____ No Binario _____ Prefiero no decir _____
Grado Escolar _____ Fecha de Nacimiento _____
Iglesia _____

Información de Contacto del Tutor(a)

Nombre _____ Apellido _____
Correo Electrónico _____
Número Telefónico _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Relación con Campista _____

Al llenar esta registración, por favor sea lo más detallado posible para asegurar una experiencia exitosa para su niño(a). ¡Gracias por enviar a su niño(a) al campamento de la iglesia!

Edad al Registrarse _____ Nombre de su Pastor _____
¿Cuáles son sus pronombres? _____

Pedidos de Campamento

Preferencia de Compañero(a) de Habitación _____
Deseo hablar con el Director(a) de Campamento sobre mi niño(a) _____

Registración de Campamento

- ___ You & Me (5+ años con un adulto) – 10-12 de junio
- ___ New Beginnings (grados 1-3) – 12-14 de junio
- ___ You & Me (5+ años con un adulto) – 14-16 de junio
- ___ CROSS (Deportes y Recreación – grados 6-12) – 17-22 de junio
- ___ Explorers (grados 4 y 5) – 24-19 de junio
- ___ High School (grados 9-12) – 1-6 de julio
- ___ Middle School (grados 6-8) – 8-13 de julio
- ___ MAD (música, arte y Teatro – grados 6-12) – 15-20 de julio
- ___ Mission as Justice (grados 10-12) – 14-20 de julio

Si su iglesia está pagando una porción del costo de la registraci3n o si necesita una solicitud de beca, por favor incluya el nombre de su iglesia y de su pastor(a) en la l3nea provista.

Descuento de Registraci3n Temprana (antes del 15 de mayo) -\$25.00

Congregaci3n paga la mitad _____

Congregaci3n paga el costo completo _____

Beca de la Regi3n (ser3 sustra3da luego de la recibida la solicitud de beca). Por favor comun3quese con su pastor(a) o la oficina de la Regi3n para la solicitud de beca.

Camisetas

Tama1o de Camiseta del Campista _____

Informaci3n de Salud

Fecha del 3ltimo ex3men f3sico _____

Proveedor de seguro m3dico y p3liza/n3mero de grupo _____

Nombre y n3mero telef3nico de su doctor _____

Nombre y n3mero telef3nico de su dentista/ortodoncista _____

ALERGIAS: Liste todas las alergias, reacciones y c3mo manejarlas. Incluya medicinas, comidas, picadas de insectos, fiebre de heno, asma, animales, etc.

Medicamentos a tomar: Liste todas los medicamentos (incluyendo medicinas con o sin receta). Traiga suficiente medicamentos que duren todo el campamento y deben de estar en el empaque original que identifica el paciente, doctor, nombre del medicamento, dosis, y frecuencia de administraci3n.

Informaci3n Diet3tica

DIETA Y NUTRICI3N: Come una dieta regular, vegetariana, vegana, o tiene necesidades de comida especiales? _____

Necesidades de comida especiales: Describa sus necesidades dietéticas especiales.

Salud General

Tuvo una herida reciente, enfermedad, o infección:

Tiene una enfermedad/condición crónica o recurrente:

Fué hospitalizado(a):

Tuvo cirugías:

Tuvo heridas/traumas en la cabeza:

Tuvo/tiene mareos o desmayos:

Tuvo/tiene convulsiones:

Se desmayó o tuvo dolor de pecho durante o después de ejercicio:

Tiene diabetes:

Tuvo/tiene asma/jadeo/respiración corta:

Tuvo/tiene problemas de la espalda/articulaciones:

Tiene algún problema de la piel (picazón, erupción, acné):

Tuvo mononucleosis en los últimos 12 meses:

Tuvo/tiene problemas con quedarse dormido(a)/dormir:

Tuvo/tiene problemas con diarrea/estreñimiento:

Si fémina, tiene problemas con la menstruación:

Tiene historia de mojar la cama (enuresis):

Usa anteojos, lentes de contacto o gafas protectoras:

Viajó fuera del país en los últimos 9 meses:

Explicaciones de salud en general:

Salud Mental, Emocional, Social – Provea información para cada declaración que aplique al campista.

Estuvo/está tratado(a) por trastorno de déficit de atención (ADD) o trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD): _____

Durante los últimos 12 meses, vió a un profesional para tratar preocupaciones de salud mental/emocional: _____

Hubo un evento significativo que afectó la vida del campista (historial de abuso, muerte de un familiar querido, cambios familiares: adopción, orfanato, nacimientos recientes; sobrevivió un desastre, otros...): _____

Está diagnosticado(a) en el espectro autista: _____

Nada de esto aplica: _____

Otros: _____

¿Qué se nos olvida preguntar? Use este espacio para proveer información adicional sobre la salud o comportamiento del campista que usted piensa es importante o que afectará la habilidad de participar completamente del campamento.

Por favor firme su nombre por cada consentimiento y acuerdo.

Doy permiso para que el director de primeros auxilios administre medicamentos de venta libre (es decir, Tylenol/Motrin/Benadryl, etc.) según sea necesario para este campista.

Firma: _____

Consentimiento del tutor/padre: Doy mi consentimiento para que el participante asista al evento identificado en este formulario. Entiendo que se podrían tomar fotografías que incluyan a mi joven en este evento y doy mi consentimiento para su uso en promociones futuras. Además, comprendo que seré personalmente responsable de recoger a mis jóvenes del evento si violan alguna parte del Pacto del Campista. En caso de una emergencia médica, por la presente doy mi permiso al médico seleccionado por el Director del Evento para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia y/o cirugía para mi joven como se indica a continuación. También libero a la Iglesia Cristiana (Discípulos de Cristo) y sus agentes de responsabilidad por lesiones más allá de los límites del seguro de salud y accidentes provisto para la tarifa del evento.

Firma: _____

Pacto de Campistas: Las siguientes son las expectativas generales y específicas para aquellos que participan en todos los campamentos, conferencias y otros eventos patrocinados por la Iglesia Cristiana (Discípulos de Cristo) en Indiana. Al firmar a continuación, usted (el Campista) acepta lo siguiente: Participaré en todas las actividades del campamento de principio a fin; Cooperaré con todos los líderes del campamento y obedeceré las reglas establecidas para mi campamento; Respetaré a todas las personas que asistan a mi campamento, tratando a todas las personas por igual y con dignidad; Seré responsable de la limpieza y condición de cualquier área en la que participe (NO se tolerarán graffitis, tallados, cortes, mutilaciones, vandalismo, etc.); Entiendo que NO se tolerará el lenguaje, la vestimenta y el comportamiento considerado ofensivo, asqueroso, provocativo, abiertamente sexual, denigrante o dañino de cualquier manera (según lo determine el director del campamento); Entiendo que no debo ingresar a ninguna cabaña que no sea la mía; Respetaré el espacio personal de todos; NO traeré ningún dispositivo electrónico (teléfonos celulares, radios, estéreos, dispositivos de escucha personal, juegos, tabletas, televisores, etc.) a ningún campamento. Dichos artículos serán confiscados y devueltos al finalizar el campamento. NO usaré productos de tabaco, alcohol ni drogas no recetadas durante ningún campamento. NO llevaré dulces, comida o snacks a ningún campamento, a menos que se acuerde con el director. NO traeré fuegos artificiales, armas de fuego, cuchillos ni ninguna otra arma a ningún campamento. Entiendo que las llamadas telefónicas son sólo para situaciones de emergencia arregladas por el director. Si es ilegal no puedo hacerlo ni tenerlo. Si represento una amenaza real o percibida para mí, cualquier otra persona o el campamento, puedo ser enviado a casa inmediatamente a discreción del director y a expensas de mi tutor/padres.

Firma: _____

*El pago se puede realizar a través de Christian Church in Indiana, 1100 W. 42nd St., Suite 150, Indianápolis, IN 46208.

El pago se puede realizar electrónicamente visitando www.indianadisciples.org/donate y seleccionando Eventos. Incluya el nombre del campista y del campamento en la sección de memo/notas.