

**FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO  
DEL CAMPAMENTO DE DÍA  
para niños, jóvenes y adultos**

Cross Roads Camp and Retreat  
**CAMPAMENTO DE DÍA**  
29 Pleasant Grove Road  
Port Murray, NJ 07865  
908-832-7264  
Fax: 908-832-6593

La información contenida en este formulario es para ayudarnos a determinar el cuidado apropiado para su campista. El historial de salud debe ser relleno por los padres/tutores de los menores o por los adultos mayores de 18 años.

**\*Se requiere anualmente un nuevo formulario de salud relleno por los padres/tutores y el médico.**

**Nombre del campista** \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Segundo nombre*

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad en el campamento de día \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
*Dirección postal* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Sexo:  Masculino  Femenino

**Padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ Teléfono particular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_ Teléfono particular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono móvil (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Alergias conocidas:** \_\_\_\_\_

**Otras restricciones dietéticas:** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico de familia** \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**Información sobre el seguro**

Está el participante cubierto por el seguro médico/hospitalario familiar?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique la compañía o el nombre del plan \_\_\_\_\_  
Grupo # \_\_\_\_\_

**Adjunte una fotocopia del anverso y del reverso de la tarjeta sanitaria en una hoja completa de 8 1/2 x 11.**

**Más información en el reverso**

**¿Ha padecido el participante alguna de las siguientes enfermedades?**

Sarampión  
 Hepatitis A

Varicela  
 Hepatitis B

Sarampión alemán  
 Hepatitis C

Paperas

**Última prueba de TB Mantoux**

Fecha \_\_\_\_\_

Resultado:  Pos  Neg

Vacuna	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año	Mes/Año
DTP					
TD (tétanos/difteria)					
Tétanos					
Polio					
MMR					
O sarampión					
O paperas					
O Rubéola					
Haemophilus Influenza B					
Hepatitis B					
Varicela					

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_