



Calvary Camp Compass® del 11 al 15 de agosto, 2025

Formulario de solicitud y registro

Gracias por su interés en Calvary's Camp Compass® 2025. Este formulario debe ser completado por un padre/madre o tutor legal. Se puede completar electrónicamente. Puede completar este formulario electrónicamente o a mano. Si lo completa electrónicamente, guarde el formulario en su dispositivo y envíelo por correo electrónico a Jacqueline Marlow a jmarlow@calvaryhospital.org, o imprímalo y envíelo por fax al 718-518-2552. También puede enviarlo por correo: *Calvary Hospital's Bereavement Department, 1740 Eastchester Road, Bronx, NY 10471*. **Por favor, complete toda la información (un formulario por niño) y firme todos los acuses de recibo y autorizaciones donde se indique.**

NOTA: Si su hijo(a) es nuevo(a) en Camp Compass®, deberá asistir a una entrevista y asistir a un taller/orientación previo al campamento **antes del 30 de julio de 2025**.

Si recibe ayuda para completar este formulario de un consejero escolar u otra persona, por favor, identifique a la persona **aquí**.

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO DIRECCIÓN
--------	--------------------	------------------------------

A. Información del (de la) niño(a)

NOMBRE DEL (DE LA) NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO DEL (DE LA) NIÑO(A)	EDAD DEL (DE LA) NIÑO(A)
----------------------------	---	--------------------------

B. Ropa

¡A los campistas se les proporcionan dos (2) camisetas de Camp Compass®, una sudadera y más! Por favor, indique las tallas aquí.

Camiseta seleccione solo una talla:

<input type="checkbox"/> Camiseta de niño(a) Talla mediana	<input type="checkbox"/> Camiseta de niño(a) Talla grande	<input type="checkbox"/> Camiseta de niño(a) Talla grande	<input type="checkbox"/> Camiseta de adulto Talla mediana	<input type="checkbox"/> Camiseta de adulto Talla grande	<input type="checkbox"/> Camiseta Talla extragrande
--	---	---	---	--	--

Sudadera seleccione solo una talla:

<input type="checkbox"/> Sudadera de niño(a) Talla mediana	<input type="checkbox"/> Sudadera de niño(a) Talla grande	<input type="checkbox"/> Sudadera de adulto Talla pequeña	<input type="checkbox"/> Sudadera de adulto Talla mediana	<input type="checkbox"/> Sudadera de adulto Talla grande	<input type="checkbox"/> Sudadera Talla extragrande
--	---	---	---	--	--

C. C. Información familiar

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	SIN CUSTODIA PADRE/MADRE		
OTRO	RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A)		
TELÉFONO DE CASA	<input type="checkbox"/> PREFERIDO		
TELÉFONO DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/> PREFERIDO		
TELÉFONO CELULAR	<input type="checkbox"/> PREFERIDO		
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO			
¿HERMANO(S)? LISTA DE EDADES:	SHERMANA(S)? LISTA DE EDADES:		

Otros miembros del hogar y su relación con el (la) niño(a):

1. NOMBRE	RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A)
2. NOMBRE	RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A)
3. NOMBRE	RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A)

CONTINUÁ

Indique el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) fallecida(s) y la fecha de fallecimiento. Esta información ayudará a los consejeros y permanecerá confidencial.

1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)	FECHA DE MUERTE	RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A)
CAUSA DE MUERTE	¿El (la) niño(a) sabe? la causa de la muerte? <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es no, por favor, hable con un consejero.	
2. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)	FECHA DE MUERTE	RELACIÓN CON EL (LA) NIÑO(A)
CAUSA DE MUERTE	¿El (la) niño(a) sabe? la causa de la muerte? <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es no, por favor, hable con un consejero.	
Expresar su opinión sobre cómo cree que su hijo(a) está reaccionando ante la(s) muerte(s):		

D. Contactos de emergencia + Información médica

Complete esta información usted mismo(a). No es necesario que un médico o proveedor de atención médica complete esta sección.

CONTACTO DE EMERGENCIA QUE NO SEA USTED	RELACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA CON SU HIJO(A)		
TELÉFONO DE CASA DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	PREFERIDO	
TELÉFONO DE TRABAJO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	PREFERIDO	
TELÉFONO CELULAR DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	PREFERIDO	
MÉDICO DEL (DE LA) NIÑO(A)	MÉDICO DEL (DE LA) NIÑO(A) TELÉFONO		
DEL MÉDICO DEL (DE LA) NIÑO(A) DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿Tiene seguro médico/hospitalario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO DEL (DE LA) NIÑO(A) <i>Debe estar dentro de los últimos 24 meses</i>	FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA CONTRA EL TÉTANO DEL (DE LA) NIÑO(A)		

Comprobante de vacunación: Por favor, proporcione la **fecha** de vacunación de su proveedor de atención médica de las siguientes vacunas.

SARAMPIÓN Fecha	RUBÉOLA Fecha	PAPERAS Fecha	VARICELA Fecha
--------------------	------------------	------------------	-------------------

PROBLEMAS DE SALUD Y ALERGIAS

¿Su hijo(a) tiene **algún** problema de salud que debamos conocer? SÍ, como se describe a continuación o NO. Si la respuesta es no, pase al Acuse de recibo

SÍ, ALERGIAS A: Por favor, marque todas las casillas que correspondan y explique.

MEDICAMENTOS> Por favor, especifique _____

ALIMENTOS> Por favor, especifique _____

ABEJAS/INSECTOS> Por favor, especifique el insecto y el tratamiento _____

OTRO> Por favor, especifique _____

Otra información: Responda todas las preguntas

¿Alguna vez le ha picado una abeja a su hijo(a)? SÍ NO ¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una convulsión? SÍ NO

¿Su hijo(a) es diabético(a)? SÍ NO ¿Su hijo(a) sabe nadar? SÍ NO

¿Su hijo(a) se mareo en el auto? SÍ NO

¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento actualmente? SÍ, nombre del medicamento _____ NO

Si la respuesta es sí, ¿con qué propósito? _____ ¿Dosis? _____ Frecuencia _____

Si su hijo(a) necesita que le administren medicamentos en el campamento, **deberá** proporcionar una *orden médica* y un *permiso*.

Todos los medicamentos deben estar en el envase original.

Acuse de recibo

Hablaré sobre las necesidades médicas y de salud de mi hijo(a) con el director del campamento [insertar título aquí], entendiéndolo que esta información es necesaria para garantizar la salud y seguridad de mi hijo(a) mientras asiste al campamento. Reconozco que cualquier conversación puede incluir información de salud confidencial y doy mi consentimiento para compartir dichos detalles con el único propósito de proporcionar la atención y el apoyo adecuados a mi hijo(a) durante su experiencia en el campamento.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FIRMA DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FECHA
--	---------------------------------------	-------

Al escribir mi nombre arriba, entiendo y acepto que esta forma de firma electrónica tiene la misma validez y efecto legal que una firma manual

CONTINÚA

E. Autorización para tratar a un menor

Yo (nosotros) el (la) padre (madre)/los padres o tutores legales abajo firmantes de:

NOMBRE DEL (DE LA) NIÑO(A)

en caso de emergencia, autorizo (autorizamos) al médico o enfermero registrado/paramédico/técnico de emergencias médicas seleccionado por el personal de Camp Compass® a hospitalizar y/o proporcionar dicha atención, ordenar inyecciones y administrar dichos procedimientos y tratamientos de diagnósticos, radiológicos, patológicos, quirúrgicos, de anestesia y/o terapéuticos según lo considere necesario o aconsejable un profesional médico responsable.

Como padre/madre o tutor legal del solicitante, estoy a favor de que mi hijo(a) asista a las funciones del campamento y acepto las condiciones mencionadas. El historial de salud es correcto hasta donde yo tengo conocimiento, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas del Campamento excepto como se indica. Además, he leído y comprendido este Formulario de Autorización y doy mi pleno consentimiento a los términos que se encuentran aquí. Se concede permiso para fotocopiar este historial médico.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FIRMA DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FECHA
--	---------------------------------------	-------

Al escribir mi nombre arriba, entiendo y acepto que esta forma de firma electrónica tiene la misma validez y efecto legal que una firma manual

F. Autorización para administrar medicamentos

Yo (nosotros) el (la) padre (madre)/los padres o tutores legales abajo firmantes de:

NOMBRE DEL (DE LA) NIÑO(A)

autorizo (autorizamos) al enfermero registrado/paramédico/técnico de emergencias médicas seleccionado por el personal de Camp Compass® a administrar Tylenol, Midol, o Advil a mi hijo(a). Autorizo a mi hijo(a) a llevar su propio protector solar al campamento y aplicárselo, o autorizo a un consejero para que se lo aplique.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FIRMA DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FECHA
--	---------------------------------------	-------

Al escribir mi nombre arriba, entiendo y acepto que esta forma de firma electrónica tiene la misma validez y efecto legal que una firma manual

G. Autorización para participar en el campamento

Autorizo al solicitante a participar en todas las actividades programadas en el campamento. Por la presente, otorgo a Camp Compass® del Calvary Hospital y a sus agentes plena autoridad para tomar cualquier acción que consideren necesaria con respecto a la salud y seguridad de mi hijo(a), y libero completamente a Camp Compass® del Calvary Hospital de cualquier responsabilidad en relación con lo anterior. En caso de emergencia, entiendo que se harán intentos prudentes para contactar al abajo firmante de inmediato. Entiendo que seré responsable del pago de todas las facturas médicas y de medicamentos. Acepto, individual y colectivamente, eximir de responsabilidad a Camp Compass® de Calvary Hospital, sus voluntarios, agentes, empleados y directivos, independientemente de cualquier acto u omisión negligente por parte de Camp Compass® de Calvary Hospital y/o de aquellas personas que surjan de o estén relacionadas de alguna manera con este Camp Compass® de Calvary Hospital.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FIRMA DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FECHA
--	---------------------------------------	-------

Al escribir mi nombre arriba, entiendo y acepto que esta forma de firma electrónica tiene la misma validez y efecto legal que una firma manual

H. Autorización para el uso de material multimedia

YO,

NOMBRE

 el abajo firmante padre/madre o tutor legal de:

NOMBRE DEL (DE LA) NIÑO(A)

Por la presente, doy mi consentimiento para la fotografía, grabación de audio y video de:

NOMBRE DEL (DE LA) NIÑO(A)

durante la semana del campamento del 11 al 15 de agosto de 2025, para

fines de marketing y educación relacionados con Calvary Hospital y Calvary's Camp Compass®:

- Estas fotos y videos se pueden usar en el sitio web de Calvary, en folletos, así como en plataformas de redes sociales como Facebook, LinkedIn, Instagram y X/Twitter.
- Su hijo(a) no será identificado(a) por su nombre en ninguna fotografía o video.
- Renuncio a todo reclamo de compensación por dicho uso.
- Este formulario de autorización para el uso de material multimedia firmado y fechado no tiene fecha de caducidad.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FIRMA DEL PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL	FECHA
--	---------------------------------------	-------

Al escribir mi nombre arriba, entiendo y acepto que esta forma de firma electrónica tiene la misma validez y efecto legal que una firma manual

CONTINÚA

I. Registro de transporte

Se proporcionará transporte para Camp Compass® para su hijo(a) /hijos. Su(s) hijo(s) puede(n) ser dejado(s) y recogido(s) todos los días en los lugares que se enumeran a continuación O puede dejar y recoger a su(s) hijo(a)(s) todos los días directamente en la ubicación del campamento: **Queensborough Community College, 222-05 56th Avenue, Bayside, New York 11364.**

Si sale de las ubicaciones del **Bronx o Brooklyn**, debe dejar a su hijo(a) **antes de las 7:30 a. m. y recogerlo(a) a las 4 p. m.**

Si va directamente al **Queensborough Community College**, debe **dejar a su hijo a las 8:45 a. m. y recogerlo a las 2:45 p. m.**

NOMBRE
DEL (DE LA) NIÑO(A)

Medio de transporte preferido. Debe seleccionar solo uno:

Autobús de Bronx:

Dejaré (a las 7:30 a. m.) y recogeré (a las 4:00 p. m.) a mi hijo(a) en **Calvary Hospital at 1740 Eastchester Road, Bronx, NY 10461**

Autobús de Brooklyn:

Dejaré (a las 7:30 a. m.) y recogeré (a las 4:00 p. m.) a mi hijo(a) en **The Brooklyn Hospital Center 121 DeKalb Avenue, Brooklyn, NY 11201**

Transporte personal:

Dejaré (a las 8:45 a. m.) y recogeré (a las 2:45 p. m.) a mi hijo(a) en **Queensborough Community College, 222-05 56th Avenue, Bayside, New York 11364**

Persona(s) autorizada(s) para dejar y recoger al (a la) niño(a). Puede autorizar a más de una persona.

NOMBRE Y APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO		
RELACIÓN CON EL (LA) CAMPISTA	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> TUTOR	<input type="checkbox"/> OTRO PROGENITOR CON CUSTODIA
CORREO ELECTRÓNICO DIRECCIÓN	OCUPACIÓN			
TELÉFONO DE CASA	<input type="checkbox"/> PREFERIDO			
TELÉFONO DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/> PREFERIDO			
TELÉFONO CELULAR	<input type="checkbox"/> PREFERIDO			
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

NOMBRE Y APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO		
RELACIÓN CON EL (LA) CAMPISTA	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> TUTOR	<input type="checkbox"/> OTRO PROGENITOR CON CUSTODIA
CORREO ELECTRÓNICO DIRECCIÓN	OCUPACIÓN			
TELÉFONO DE CASA	<input type="checkbox"/> PREFERIDO			
TELÉFONO DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/> PREFERIDO			
TELÉFONO CELULAR	<input type="checkbox"/> PREFERIDO			
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

J. Exención, liberación de responsabilidad y autorización de transporte

Como servicio a los participantes de Camp Compass y sus familias, Calvary Hospital ha contratado y/o organizado el transporte de los campistas hacia y desde el campamento Queensborough Community College, 222-05 56th Avenue, Bayside, Nueva York 11364. Este servicio de transporte se proporciona como cortesía y es puramente voluntario. Si un campista va a utilizar este transporte, un padre/madre o tutor debe firmar esta exención, liberación de responsabilidad y autorización que confirma que él/ella acepta que Calvary Hospital no es responsable si su estudiante se lesiona mientras usa el servicio de autobús.

Entiendo que mi hijo(a) no está obligado(a) a utilizar el servicio de transporte proporcionado a los participantes de Camp Compass. Elijo participar voluntariamente y a mi entera discreción, sin ninguna influencia por parte de Calvary Hospital. Asumo todo el riesgo por lesiones o daños que puedan surgir en relación con este servicio de transporte a mi hijo(a).

Por la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en el uso del servicio de transporte proporcionado a los participantes de Camp Compass. En la medida máxima permitida por la ley, por la presente

acepto liberar y eximir de responsabilidad a Calvary Hospital, Inc., sus matrices y filiales, y sus respectivos fideicomisarios, directores, funcionarios, empleados, servidores y voluntarios (en adelante denominados "Liberaciones de responsabilidad") de toda responsabilidad, obligación, reclamo y/o demanda que surja de la participación de mi hijo(a), incluyendo específicamente cualquier lesión que pueda ocurrir debido a su negligencia.

Declaro que mi hijo(a) no tiene ninguna condición médica no divulgada que impida su participación en el uso del servicio de transporte proporcionado a los participantes de Camp Compass. En caso de que no se pueda localizarme en caso de emergencia, autorizo al médico seleccionado por Calvary Hospital y Camp Compass a gestionar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, para el (la) niño(a) mencionado(a) anteriormente. También entiendo y acepto cumplir con cualquier restricción impuesta a mi participación o a la de mi hijo(a), y que yo y/o mi hijo(a) seremos expulsados si no cumplimos con las reglas del programa.

He revisado este documento y entiendo su contenido y lo firmo voluntariamente y por decisión propia. Al escribir mi nombre arriba, entiendo y acepto que esta forma de firma electrónica tiene la misma validez y efecto legal que una firma manual

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/
TUTOR LEGAL

FIRMA DEL PADRE/MADRE/
TUTOR LEGAL

FECHA

Con esto se completa el formulario. Gracias. Por favor, **GUARDE este PDF en su dispositivo y envíelo por correo electrónico a jmarlow@calvaryhospital.org**