

EMPOWER. EDUCATE. ADVOCATE.  
**NORCAL**  
SERVICES FOR DEAF & HARD OF HEARING



# CAMP GRIZZLY

*El 23 Campamento Anual de Liderazgo de  
Verano para sordos e hipoacúsicos*

**FECHA LIMITE: Hasta que se agote el espacio**

**Aplicación de Campista & CIT**

***Fecha: 21 Julio - 27 Julio, 2024***

**NorCal Services for Deaf & Hard of Hearing**  
4044 N. Freeway Blvd., Sacramento CA 95834  
916-993-3048 VP \* 916-349-7500 TTY/Voice  
Campgrizzly@norcalcenter.org \* www.norcalcenter.org

# Camp Grizzly 2024

## Información de Costo y Aplicación:

**\*Cuota con Anticipación -\$600.00  
hasta el 1º de Mayo, 2024**

NOTA : El costo real por campista es de \$ 995 de matrícula anterior se bajados gracias a patrocinios , donaciones y recaudación de fondos . Por favor, póngase en contacto con NorCal para más información sobre ayuda de la cuota de becas limitado para familias de bajos ingresos.

**Apresure  
nse**

**¡Espacio es  
Limitado!**

**Todas las aplicaciones serán aceptadas según sean recibidas.**

**Camp Grizzly Campistas es del 21 Julio – 27 Julio, 2024**

**CIT asistirán del 20 Julio – 27 Julio, 2024**

### **Póliza de Reembolso:**

Tarifa no reembolsable de \$100 antes de 1º de Mayo, 2024.

No se proveerá reembolso después del 1º de Mayo, 2024.

No hay Excepciones.

---

Para pedir una aplicación, llámenos o visite nuestra pagina de internet:

Camp Grizzly  
NorCal Services for Deaf & Hard of Hearing  
4044 N. Freeway Blvd., Sacramento CA 95834  
VP (916) 993-3048 \* V/TTY (916) 349-7500 \* Fax (916) 349-7580  
[www.NorCalCenter.org](http://www.NorCalCenter.org)  
[CampGrizzly@norcalcenter.org](mailto:CampGrizzly@norcalcenter.org)

# Camp Grizzly 2024

## Camp Grizzly

Camp Grizzly, patrocinado por NorCal Servicios para Sordos & Hipoacúsicos ofrece un Programa de Liderazgo para Jóvenes por una semana dedicada a enriquecer las vidas de nuestra juventud Americana de la comunidad sorda y hipoacúsica.

## NorCal Services for Deaf & Hard of Hearing

NorCal Servicios para Sordos & Hipoacúsicos es una organización comunitaria sin fines de lucro, fundada con la creencia que todas las persona sordas y hipoacúsicos pueden ser empoderadas y educadas para llevar una vida independiente, gratificante y productiva cuando se les da igualdad de acceso y oportunidades. La oficina principal esta en Sacramento, NorCal tiene mas de 50 empleados y 4 oficinas por el Noreste de California. Para mas información sobre NorCal, llame al (916) 349-7500 tty/ v visite nuestra pagina de red en [www.norcalcenter.org](http://www.norcalcenter.org)

## Nuevo Lugar del Campamento!

Camp Grizzly esta localizado en Camp Ronald McDonald un campamento y lugar de descanso aprobado por ACA en Susanville, California en el Condado de Lassen.



## Transportación

Se proporcionará transporte en autobús de ida y vuelta desde y hacia el sitio del campamento. La entrega y recogida se realizará en la oficina de NorCal en Sacramento.

## Oradores Invitados

A los Campistas/CIT se les provee la oportunidad de conocer e interactuar con modelos ejemplares que son sordos, hipoacúsicos y Coda (hijo/a de adulto sordo).

## Educación al Aire Libre

Los Campistas/CIT adquieren habilidades invaluable, incluyendo como preservar y apreciar la naturaleza y los animales, primeros auxilios básicos, seguridad en el agua y actividades de recreación/deportes de agua.

## Actividades de Grupo y Rotación

Durante la sesión de campo, los grupos se mueven entre diferentes actividades.

## El Programa de Campamento de Liderazgo Juvenil

### Actividades de Recreación:

Entrenamiento y participación en actividades recreacionales incluyendo natación, tiro con arco, excursiones a pie, baloncesto, vólibol, kayak, pescar, Frisbee, golf, curso de cuerdas, y arte & manualidades.

### Olimpiadas del Campamento:

Los Campistas/CIT y empleados compiten en las Olimpiadas del campamento, utilizando sus diversas habilidades. TODOS los campistas y empleados son reconocidos por sus logros- no importa que tan grande o pequeño su logro sea. ¡Todos son campeones en Camp Grizzly!

### Sesiones de Grupo:

- Salud y Seguridad
- Diversión con el Lenguaje de Señas
- Diversidad Cultural
- Trabajar en Equipo

### Juntas de Orgullo Cultural:

Los Campistas/CIT participan en grupos de socialización con otros campistas y adultos de ambientes similares para hablar sobre el patrimonio sordo y la cultura según como se relacione a ellos.

### Actividades en Equipo:

Búsquedas, parodias de fogata, curso de cuerdas bajas y altas y otras actividades/deportes en equipo.

### Ceremonia de Premios:

¡Todos los Campistas/CIT son reconocidos por sus logros en Camp Grizzly!

### El TEMA de Camp Grizzly es "Wild West"!!!

Los campistas/CIT y los empleados tendrán la oportunidad de hacer manualidades y arte relacionados con el tema del Lejano Oeste. El viernes por la noche estaremos Bailando al ritmo de HERMOSO sistema de música Camp Grizzly. El ¡Los campistas aprecian esta última noche juntos! CUATRO jóvenes serán seleccionados y premiados como Amassadors of Camp Grizzly 2024.

## Consejeros En Entrenamiento (CIT):

Los campistas jóvenes entre las edades de 16 – 18 pueden tener un mentor para ser consejeros de campo en el futuro, por el "Programa de Consejeros En Entrenamiento" (CIT) de Camp Grizzly. Se requiere que los CIT asistan a la orientación de CIT la cual se lleva a cabo durante la orientación para empleados del **20 Julio – 21 Julio, 2024** a no costo adicional. Al final del campamento, es la responsabilidad de los padres recoger a los campistas. La orientación incluye información sobre su papel y responsabilidades, técnicas para resolver problemas, seguridad, primeros auxilios, comunicación y entrenamiento de liderazgo. Durante la semana, Los CIT trabajaran con niños menores de edad y serán supervisados por consejeros de Camp Grizzly. Los CIT participaran en una actividad de grupo enfocada a fomentar el trabajo en equipo y conciencia ambiental y participar en todas las actividades que son proveídos a los demás campistas durante la semana en Camp Grizzly.

## Criterio de Admisión:

Para calificar para la admisión, los campistas/CIT deben de: Ser fluyentes o estar familiarizados con el Lenguaje de Señas

Tener entre los 7-18 años de edad  
Ser Sordo o Hipoacúsico (Una persona que escucha con padres o hermano/a sordo/ hipoacúsico según haya cupo disponible) Tener el nivel de habilidad/madures para ser independiente y seguir instrucciones en un ambiente de campo rustico con un promedio de dos consejeros por cada ocho campistas.



## Para Aplicar:

- Llene y firme todo el paquete de aplicación
- Incluya toda la información requerida
- Mande la aplicación por correo o entréguela en persona **con** el pago a la oficina de NorCal en Sacramento, CA.

## Costo del Campamento:

**\$600 con anticipación** (hasta el 1° de Mayo, 2024). Minimum \$100 non-refundable deposit to hold space, with balance due hasta el 1 de Mayo, 2024.

## El pago incluye:

- Tres comidas y un bocadillo al día
- Alojamiento
- Camiseta de Camp Grizzly
- Foto del Grupo y un Certificado
- Todas las Actividades



## Fecha Límite:

- Según las aplicaciones sean recibidas y que incluyan toda la información requerida, la cuota y la disponibilidad de espacio-
- Las aplicaciones que lleguen tarde serán aceptadas solamente **si** hay espacio disponible (por favor llámenos para verificar).

## Programa de Asistencia de Pago (TAP):

Por favor note que la cuota ya a sido **reducida** gracias a la generosidad de nuestros patrocinadores/donantes. Puede haber asistencia financiera según haya fondos y la verificación de los ingresos de la familia. Llame a nuestra oficina para recibir una aplicación.

## Plan de Pago Mensual: PARA PARTICIPAR:

- Para pago con anticipación \$600: (cualquier cantidad mensual mientras el pago final sea recibido antes del 1° de Mayo, 2024).

## Póliza de Reembolso:

- El reembolso se entregara con la excepción de \$100.00 por el costo de procesamiento hasta el 1° de Mayo, 2024.
- No se entregara reembolso después del 1° de Mayo, 2024, No hay excepciones.

## Servicios Médicos:

Primeros auxilios y cuidado medico leve son proveídos por una enfermera registrada y los Primeros Auxilios & CPR por empleados certificados. **Solamente** situaciones serias que requieran atención médica de emergencia serán transportados a un lugar de emergencias cercano o a un hospital (Padres/Guardianes serán notificados).



## Tenga en Cuenta:

- Los medicamentos de Campistas/CIT deben mantenerse y ser administrados por el supervisor de cuidado de salud del campamento. Los campistas **NO** deben de mantener el medicamento.
- Medicamento prescrito DEBE de estar en el embase original con las instrucciones originales y el nombre del Doctor intacto.
- Medicamento no prescrito, este tipo de medicamento esta disponible en el campamento.
- Comprobante actual de seguridad de salud es requerida. Foto copias de enfrente y al revés de la identificación de la tarjeta de seguridad de salud y el record de vacunas **DEBEN** de ser entregadas con la aplicación.
- Los Campistas/CIT serán vistos para ver si tienen liendres o cualquier otro tipo de hongo contagioso (por ejemplo: tiña, etc.) su hijo/a **no será** admitido al campamento si tiene estas condiciones por las Regulaciones y la Póliza de Salud del Campamento. No se entregara ningun reembolso.



## Para mas información por favor contacte a:

NorCal Camp Grizzly  
4044 N. Freeway Blvd.,  
Sacramento., CA 95834  
(916) 993-3048 VP \* (916) 349-7500 TTY/V  
(916) 349-7580 FAX  
CampGrizzly@NorCalCenter.org  
www.NorCalCenter.org

# 2024 Aplicación de Campista/CIT

**Fecha Límite:** ¡Según las aplicaciones completas sean recibidas!

## Lista de Aplicación:

- Aplicación del Campista/CIT (Si es para CIT, incluya la Forma de Aplicación Adicional).
- Examen Físico/Forma del historial medico llenada por el Doctor
- Forma del Acuerdo de Liberación de Responsabilidad
- Forma del Acuerdo de Padre/Guardián & Camper/CIT
- Forma de Autorización Médica
- Copia de ambos lados de la tarjeta de identificación de la seguridad de Salud y de vacunas (*Requerido*)
- Si es aplicable, instrucciones por escrito acerca de la custodia Legal o de medidas del cuidado de crianza temporal- por ejemplo: restricciones de visitas, autorización, dejar/recoger, etc.
- Cuota del Campamento
- Fotografía reciente a COLOR del Campista/CIT a (2.5 x 3 tamaño mínimo). (*Requerido*)



**Nota Importante: El paquete de aplicación será regresado si esta incompleto, le falta documentos, no incluye deposito/pago.**

## POLIZA DE REEMBOLSO

- Hasta el 1º de Mayo, 2024, se regresara el pago excepto \$100 por el costo de procesamiento.
- Del 1º de Mayo, 2024 en adelante, no se darán reembolsos, no excepciones.



**Costo:** \* Con anticipación \$600 (Hasta 01 de mayo 2024)

## OPCIONES de PAGO:

- Plan de Pago Plan de Pago :** Con anticipación \$600 [ ] Deposito \$100 [ ]
- Cheque o Giro Postal pagado a:** NorCal Services for Deaf and Hard of Hearing
- PayPal (Solamente MasterCard o Visa) at <https://campgrizzly.org/tuition/>

Todas las ventas son finales. Comuníquese con NorCal si tiene alguna pregunta.

# Aplicación 2024 Campista/CIT:

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_ [ ] Campista (7-15) [ ] CIT (16-18)

**(CIT deben asistir a la orientación del 20-21 Julio , 2024)**

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ (durante el campamento)

\_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino

## INFORMACION SOBRE SU HIJO/A

Experiencia de Campamento Previa? SI NO

Si, ¿cuando y donde?: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Pasa tiempo favorito, Intereses y talentos: \_\_\_\_\_

¿Beneficios que usted busca de este campamento? \_\_\_\_\_

¿Cualquier otra información pertinente sobre su hijo/a? \_\_\_\_\_

### Habilidad de Natación: (escoja uno)

No sabe nadar      pobre nadador  
Regular      Excelente

### Hábitos para dormir? (escoja uno)

Duerme ligero      Duerme pesado  
sonámbulo      moja la cama

¿Necesita ayuda para realizar actividades cotidianas? (es decir, bañarse, comer, vestirse, aseo, etc)? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Capacidad de participar independientemente en todas las actividades del campo( es decir natación, tiro con arco, fogata, etc.)? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### ¿Que tipo de refuerzo funciona mejor?

Elogios      Reconocimiento  
Recompensa      Privilegios Especiales

Otras \_\_\_\_\_

**\*\*Si el Campista/CIT necesita modificaciones especiales, por favor llamen o manden un correo electronico\*\***

Fotografía reciente a COLOR del Campista/CIT a (2.5 x 3 tamaño mínimo).  
**(Requerido)**

### Modo de Comunicación Primario: (escoja todos los que aplican)

ASL PSE SEE CUED ORAL

OTHER: \_\_\_\_\_

(Se le enseñara y motivara al campista a utilizar señas)

### Su hijo/a es: (escoja uno)

SORDO  
HOH (Hipoacúsico)  
KODA (Hijo/a de padres sordo o Hipoacúsicos)  
SODA (Hermano/a de un miembro sordo o Hipoacúsico)

### La talla de camiseta del niño/a: (escoja uno)

Tamaño Juvenil: Chico Mediano Grande  
(6 - 8) (8 -10) (10 -12)

Adulto: S-Chico M-Mediano L-Grande XL-Extra Grande  
(12 -14) (14 -16) (16 -18) (18 - 20)



# FORMA DE LIBERACION DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE PADRE/GUARDIAN & CAMPISTA/CIT 2024

## Permiso para Participar

Yo entiendo y certifico que la participación de mi hijo/a en el programa de Camp Grizzly es completamente voluntaria y me e familiarizado con el programa del campamento incluyendo todas las actividades en las cuales mi hijo/a estará participando.

Yo reconozco que ciertos riesgos y peligros son inherentes en el programa de campamento de Camp Grizzly, particularmente, pero no limitado a las actividades de natación, kayak, curso de cuerdas, tiro de arco, y otras actividades al aire libre.

Yo reconozco que aunque NorCal Services for Deaf & Hard of Hearing ha tomado medidas de seguridad para reducir el riesgo de lastimaduras a los participantes de campamento, NorCal no puede asegurar o garantizar que los participantes, el equipo, el local y/o actividades estarán libres de riesgos, accidentes, y/o lesiones.

Además reconozco y he instruido a mi hijo en la importancia de saber y cumplir con las reglas del campamento, normas y procedimientos para su propia seguridad y la seguridad de los otros participantes del campamento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Date



## Liberación de Demandas

Yo entiendo que la participación de mi hijo/a en el Programa de Camp Grizzly puede exponer a mi hijo/a a peligros, de riesgos conocidos y sin anticipar.

Al reconocer que estos riesgos existen , yo declaro que libero y descargo a NorCal Services for Deaf & Hard of Hearing sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios de cualquier y todas demandas o labilidad de lesión personal o daños de propiedad que mi hijo/a pueda sufrir durante su participación en el programa de Camp Grizzly, incluyendo pero no limitado a, cualquier demanda que se presente por cualquier condición del local donde el programa se lleva acabo o la conducta de cualquier persona en conexión con la preparación, supervisión o conducta de cualquier actividad en Camp Grizzly, sea planeada o sin planear. Yo estoy de acuerdo específicamente a liberar y libero a NorCal Services for Deaf & Hard of Hearing y sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios de cualquier negligencia del campamento, sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Acuerdo de Padre/Guardián & Campista

El campamento puede ser excitante y venturoso. También puede ser estresante, vivir con 8 - 10 personas y estar fuera de casa. Camp Grizzly se preocupa, el cuidado y atención se le da igualmente a TODOS los campistas como sea posible. El personal trabajara para amenorar problemas de disciplina y los manejaran individualmente. ¡Su apoyo de nuestras pólizas promoverá la seguridad y la diversión del campamento!

## El Campista ha leído y esta de acuerdo a seguir las siguientes pólizas del campamento:

- Ser considerad por la seguridad y los sentimientos de los demás.
- Usar el Lenguaje de Señas todo el tiempo.
- Obedecer las reglas del campamento incluyendo la prohibición de la posesión de cualquier sustancia ilegal (drogas/alcohol), armas, u otros articulas inapropiados por el Gerente del Campamento. Indiferencia voluntariosa y/o repetida de las reglas del campamento, o posesión de sustancias ilegales, armas u otros artículos inapropiados y comportamiento inapropiado tal como no tocar a personas y propiedad esto será causa de despido inmediato.
- Respetar y cuidar del campamento y propiedad. En el evento que propiedad del campamento, o propiedad de otros sea dañada como resultado del comportamiento del campista, el padre/guardián pagara por los daños. El pago es debido al tiempo que el campista es recogido.

\_\_\_\_\_  
Campista o CIT

\_\_\_\_\_  
Fecha

## El Padre/Guardián esta de acuerdo a lo siguiente:

Yo certifico que la aplicación es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento.

Yo certifico consentimiento a liberar de cualquier fotografía y video tomado de mi hijo/a para el uso de NorCal Services for Deaf & Hard of Hearing/Camp Grizzly para publicidad y fines de recaudar fondos.

Estoy de acuerdo a recoger o arreglar que a mi hijo/a sea recogido inmediatamente cuando reciba notificación de despido. Yo entiendo que no habrá reembolso.

Estoy de acurdo a pagar por cualquier daño de propiedad ocurrido al campamento o a otro campista/personal causado por el comportamiento de mi hijo/a.

Estoy de acuerdo a pagar por cualquier costo ocurrido por recoger a mi hijo/a tarde el ultimo día del campamento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Campamento de Liderazgo Juvenil Camp Grizzly 2024**  
**FORMA de LIBERACION MÉDICA**  
**(Debe ser llenado por el padre/guardián del Campista/CIT)**

El personal de Camp Grizzly hará todo lo posible para contactar a padres/guardianes en caso de una emergencia o necesidad de atención médica.

Como sea necesario para mi hijo/a (escriba el nombre completo) \_\_\_\_\_, yo autorizo a el personal de Camp Grizzly a:

- proveer cuidado medico de rutina;
- administrar medicamento incluyendo medicina sin receta como sea necesario,
- ordenar rayos equis, exámenes de rutina, tratamiento,
- liberar los registros necesarios para propósitos del seguro;
- proveer o arreglar transportación necesaria para mi hijo/a (a mi costo)

Si no puede ser contactado en caso de una emergencia, yo do permiso al doctor elegido por el gerente del campamento a:

- Asegurar y administrar tratamiento apropiado incluyendo hospitalización y/o
- ordenar rayos equis, exámenes de rutina, inyección, anestesia y/o cirugía para mi hijo/a nombrado arriba.

Yo entiendo que cualquier gasto medico será directamente enviado a mi seguridad medica o a mi. Yo por lo presente libero a Camp Grizzly/NorCal Services for Deaf & Hard of Hearing y sus oficiales, directores, empleados, agentes, y sub contratistas, de cualquier y toda labilidad por daños corporales, costo de tratamiento medico, o cualquier otra lesión como resultado del tratamiento de administración medica. Esta forma puede ser fotocopia para uso fura del campamento, para el propósito descrito aquí.

Anote alergias/Instrucciones Especiales:

\_\_\_\_\_  
-

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre con Letra de Molde: \_\_\_\_\_

**\*\* TODA información debe der ser llenada completamente; domicilio, numero de teléfono, y seguridad \*\***

Nombre Completo del Niño/a: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ [ ] Femenino [ ] Masculino

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono por la Tarde: \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular/texto: \_\_\_\_\_

Numero de FAX: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN DE EMERGENCIA SUPLENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO:**

Seguro Primario \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación del niño al asegurado: \_\_\_\_\_

Otro Seguro \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación del niño al asegurado: \_\_\_\_\_

**[ ] Ningún Seguro Medico.**

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Doctor Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**\*\*\* RECORDATORIO: Entregue copias de ambos lados de la Tarjeta de Seguro de Salud mas reciente. \*\*\***



**2024 Camp Grizzly Campamento de Liderazgo Juvenil  
EXAMEN FISICO & HISTORIAL MEDICO**

**(Por Favor Imprima/Letra de Molde):**

Nombre Completo del Apicante: \_\_\_\_\_ Fecha del Examen: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Color de Pelo \_\_\_\_\_ Color de Ojos \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS GENERALES SOBRE EL HISTORIAL MEDICO:**

Infección de Oídos Frecuentes	_____ Si	_____ No	Asma	_____ Si	_____ No
Desorden Cardiovascular	_____ Si	_____ No	Varicela	_____ Si	_____ No
Epilepsia/Ataques	_____ Si	_____ No	Sarampión	_____ Si	_____ No
Diabetes	_____ Si	_____ No	Meningitis	_____ Si	_____ No
Trastorno de la Sangre	_____ Si	_____ No	Autismo	_____ Si	_____ No
ADD/ADHD	_____ Si	_____ No	Hepatitis (A,B,C)	_____ Si	_____ No
¿Tiene un historial de mojar la cama?	_____ Si	_____ No	Piel (sarpullido/, etc.)	_____ Si	_____ No
¿Trastorno de la Alimentación?	_____ Si	_____ No	Otro: _____		
¿Ha visto a un profesional de Salud Mental?	_____ Si	_____ No			

Por favor explique cualquier respuesta que contesto que "Si" : \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a tenido cirugías ? Anote las fechas: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a sido hospitalizado? Anote las fechas: \_\_\_\_\_

¿Perdida de conocimiento, convulsiones o concusiones? \_\_\_\_\_

¿Cualquier lastimadura reciente, enfermedad, o enfermedades infecciosas? \_\_\_\_\_

Pro favor provea información sobre el comportamiento y su bienestar físico/emocional que puede asistir a los del campamento: \_\_\_\_\_

**¿Su hijo/a requiere una dieta especial? \_\_\_\_\_ Por favor explique si contesto que si: \_\_\_\_\_**

**ALERGIAS:** [ ] Comida: \_\_\_\_\_ [ ] Medicina/Drogas: \_\_\_\_\_

Por favor describa la reacción de alergia y como debe ser manejado: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Por favor anote todo medicamento que debe continuar durante el campamento. Todo medicamento es administrado y guardado por la enfermera del Campamento.

Prescripción:	Dosis:	Horarios Tomados:	Razón:

Inmunización: Tétano (DPT/ TD/T): Fecha de su primera Inmunización:	Fecha del ultima inyección de refuerzo:

[ ] **Mi hijo/a no toma medicamento regularmente**

**REPORTE DE VACUNAS:** (Por favor anote las fechas exactas (mes/año ) de la mas reciente dosis del Tétano.)

**Debe ser llenado por el Doctor del niño/a:**  
 I have examined the camp applicant named above. In my opinion, the applicant's current health condition   does     does not   preclude his/her participation in an active camp program. The applicant is under my care for the following condition and/or treatment:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature of Licensed Medical Personnel: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Daytime Phone: \_\_\_\_\_ Fax number: \_\_\_\_\_



# Camp Grizzly 2024

CIT (Consejero en Entrenamiento) Forma de Aplicación Adicional



Por favor conteste las siguientes preguntas. Agregue mas hojas si es necesario.

1. Díganos sobre su hijo/a (es decir: sus fortalezas y sus debilidades)?

---

---

---

2. ¿Cuales son sus metas después de la preparatoria?

---

---

---

3. ¿Cuales son sus expectativas del programa CIT, el como le va a ayudar a usted?

---

---

---

4. ¿Como cree que su participación en el programa de CIT, va a beneficiar a Camp Grizzly?

---

---

---

5. \_\_\_\_\_

---

---

**Se le requiere a los CIT que asistan a la orientación del 20 Julio – 21 Julio, 2024. Sin costo adicional.**

La información que he proporcionado es verdadera a lo mejor de mi conocimiento:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

# 2024 Camp Grizzly

## Forma de Autorización Para Dejar/Recoger al Campista

Nombre del Campista(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A la llegada o finalización del campamento, o si mi hijo/a esta enfermo, por medio de la presente doy permiso para que las siguientes persona (s) dejen/recojan a mi hijo/a de Camp Grizzly.

Nombre (s):	Relación:	Información de Contacto:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Su hijo/a no se liberara a nadie, mas que a las personas autorizadas mencionadas anteriormente.

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre con letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha Firmado: \_\_\_\_\_