



2019 SOUTHERN PACIFIC DISTRICT GIRLS MINISTRIES CAMPER/STAFF REGISTRATION

CAMP 1 ☐ CAMP 2 ☐

CHURCH NAME: _____

COORDINATOR: _____

Camper Name/ Nombre de Campista _____ Address/Dirección _____ Home Phone/ Telefono Hogar _____ School Name/ Nombre de Escuela _____	Grade/ Grado _____	Parent/Guardian Name Nombre Padre/Tutor _____ Parent Email/ EMAIL Padre/Tutor _____ Cell Phone/ Telefono Movil _____ School District/ Distrito Escolar _____
---	-----------------------	---

CAMPER/STAFF HEALTH INFORMATION

→ Name of Primary Medical Insurance
Nombre del seguro médico primario _____

Policy Number
Numero de Poliza _____

Physician's Name/Nombre de Medico _____

Telephone Number
Numero Telefonica _____

Does camper have allergies we should be aware of?
¿Tiene la campista alergias de las que deberíamos estar conscientes? _____

Does camper have diseases we should be aware of?
¿Tiene la campista enfermedades de las que deberíamos estar conscientes? _____

Does the camper have any dietary modifications?
¿Tiene la campista alguna modificación dietética? _____

Does the camper have up-to-date immunizations?
¿Tiene la campista inmunizaciones actualizadas? _____

Date of last known Tetnus shot
Fecha conocida de la última vacuna antitetánica _____

Does the camper have any medical issues we should be aware of?
¿Tiene la campista algún problema médico que debamos tener en cuenta? _____

PLEASE CHECK ALL APPLICABLE CONDITIONS POR FAVOR MARQUE TODAS LAS CONDICIONES APLICABLES

- | | |
|--|---|
| ☐ BEE STING OR INSECT BITE REACTION / REACCIÓN DE PICADURA DE ABEJA O PICADURA DE INSECTO
☐ FOOD ALLERGIES/ ALERGIAS ALIMENTARIAS
☐ HAY FEVER OR SINUS PROBLEMS/FIEBRE DEL HENO O PROBLEMAS DE SINUSITIS
☐ ASTHMA/ASMA SENDING MEDICATION/ENVIANDO MEDICAMENTOS
☐ BACK OR NECK PROBLEMS/PROBLEMAS DE ESPALDA O CUELLO
☐ BED-WETTING OR BOWEL PROBLEMS (CURRENT)/MOJA LA CAMA O PROBLEMAS INTESTINALES (ACTUAL)
☐ EPILEPSY OR SEIZURE DISORDER/FAINTING - EPILEPSIA O TRASTORNO CONVULSIVO / DESMAYO
☐ HEADACHES/ DOLORES DE CABEZA
☐ HEART CONDITION/ PROBLEMAS CARDIACOS
☐ NOSE BLEEDS/ SANGRADO DE LA NARIZ
☐ RECENT BROKEN BONES OR OTHER INJURIES (INCLUDE DATES)
HUESOS ROTOS RECIENTES U OTRAS LESIONES (INCLUYA FECHAS)
• LIST INJURIES/ANOTE LESIONES: _____
• ACTIVITY RESTRICTIONS/ RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD: _____ | ☐ CHILD REQUIRES SUPERVISION AT ALL TIMES/ REQUIERE SUPERVISIÓN A TODA HORA
☐ ADD ☐ ADHD ☐ SENDING MEDICATION/ENVIANDO MEDICAMENTOS
☐ SPECIAL ED/ED ESPECIAL ☐ IEP
☐ DIABETIC/ DIABÉTICA ☐ TYPE 1/TIPO 1 ☐ TYPE 2/TIPO 2
☐ RECENT SURGERY/CIRUGIA RECIENTE DATE/FECHA
SURGERY TYPE/TIP DE CIRUGIA : _____
ACTIVITY RESTRICTIONS/RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD: _____
☐ VEGETARIAN/VEGETARIANA
☐ SLEEPWALKER/ SONÁMBULA
☐ PSYCHIATRIC OR EMOTIONAL ILLNESS/ ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O EMOCIONAL
DESCRIBE/ DESCRIBIR: _____
_____ |
|--|---|

NON-PRESCRIPTION MEDICATION AVAILABLE AT PINECREST

The medications listed below are kept in stock; do not feel obligated to send any of these items. Please check each box below to indicate your permission for the listed medication to be administered by your Groups Nurse or an authorized staff member. We will not administer any medication without your authorization.

Los medicamentos enumerados a continuación se mantienen en inventario; No se sienta obligado a enviar ninguno de estos artículos. Marque cada casilla a continuación para indicar su permiso para que la enfermera del grupo o un miembro del equipo autorizado administren los medicamentos enumerados. No administraremos ningún medicamento sin su autorización.

YES	NO	MEDICATION	YES	NO	MEDICATION	YES	NO	MEDICATION
		Benadryl (itch/insect bite/sinus)			Pepto-Bismol (Diarrhea)			Tylenol (head/muscle aches/cramps)
		Caladryl Lotion (poison Oak)			Hydrocortisone Cream (itch/rash)			Cough Drops (coughs)
		Mylanta/Tums (upset stomach)			Polysporin (minor cuts/burns)			Milk of Magnesia (constipation)
		Robitussin (cough)			Betadine (disinfectant)			Ibuprofen (pain reliever/fever reducer)
		Claritin (allergies)			Non-Pseudo (sinus)			

PRESRIPTIONS FOR MINORS/ PRESCRIPCIONES PARA MENORES: : (Including Asthma/ADD/Insulin/Epi-Kit) Any prescribed medicine or inhaler MUST be given the sponsoring organization for the camper’s use under supervision. All medications must be sent in their original prescription container.) (Incluyendo Asma / ADD / Insulin / Epi-Kit) Cualquier medicamento o inhalador recetado DEBE ser administrado a la organización patrocinadora para el uso de la autocaravana bajo supervisión. Todos los medicamentos deben enviarse en su envase original con receta.)

Are you sending prescription or nonprescription medications with your child? ¿Está enviando medicamentos con o sin receta médica con su hija? YES/SI NO

If yes, please list and detail the dosage information/ En caso afirmativo, enumere y detalle la información de dosificación:

PLEASE CAREFULLY READ AND INITIAL RELEASES , THEN SIGN ACKNOWLEDGEMENT BELOW:

INITIALS INICIALES AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT- (INITIALS REQUIRED OR CAMPER CANNOT BE TREATED AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO (INICIALES REQUERIDAS O CAMPER NO SE PUEDEN TRATAR) The undersigned do hereby authorize Managers of Pinecrest LLC and/or Church/group listed as agents for the undersigned, to consent to any x-ray examination, anesthetic, dental, or surgical diagnosis or treatment and hospital care for myself or listed family member, which is deemed advisable by the rendered under the general or special supervision of any physician or surgeon licensed under the provision of the Medicine Practice Act or any dentist licensed under the dental Practice act, at a hospital or elsewhere. The above mentioned agent is authorized to make decisions concerning the health and general welfare of myself or listed family member. I give permission to the medical personnel selected by Pinecrest to provide routine health care, to administer medications; to release may records necessary for insurance purposes: and to provide or arrange necessary transportation for myself or listed family member for the duration of the stay at Pinecrest. El suscrito autoriza por la presente a los Administradores de Pinecrest LLC y / o a la Iglesia / grupo enumerados como agentes para los suscritos, a fin de autorizar cualquier examen de rayos X, anestésico, dental o quirúrgico. diagnóstico o tratamiento y atención hospitalaria para mí o para un miembro de mi familia incluido en la lista, lo cual se considera conveniente por la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia según lo dispuesto en la Ley de Práctica de Medicina o cualquier dentista con licencia de la Ley de Práctica Dental, en un hospital o en otro lugar. El agente mencionado anteriormente está autorizado para tomar decisiones relacionadas con la salud y el bienestar general de mi persona o de un miembro de mi familia. Doy permiso al personal médico seleccionado por Pinecrest para proporcionar atención médica de rutina, administrar medicamentos; pueden los registros necesarios para fines de seguro: y para proporcionar o coordinar el transporte necesario para mí o para los miembros de la familia que figuran en la lista Durante la duración de la estancia en Pinecrest.

INITIALS INICIALES PHYSICAL ACTIVITY RELEASE/ LIBERACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Pinecrest activities include, but are not limited to, hiking, swimming, basketball, volleyball, soccer, archery skateboard park, rock climbing wall, trampoline bungee, jumper, softball batting cage, golf driving cage, zorb water hamster ball and zipline. There are risks of physical injury or harm from participating in any of the activities listed above. I voluntarily elect myself or family member listed to participate in the activities and assume the risks of injury or harm that could result from participation. On my own behalf and that of my personal representatives and heirs, I hereby release Pinecrest, its officers, employees, and agents and/or Church/group listed from all liability for any injury or harm to me or my family member listed from participating in said activities. I have read and understood this release. Please list any activities that are highlighted and italicized above that you do not want to have camper participate in.

Las actividades de Pinecrest incluyen, pero no se limitan a, caminatas, natación, baloncesto, voleibol, fútbol, tiro con arco, patinaje, rocódromo, trampolín, saltador, jaula de bateo de softball, cancha de golf, zorb ball y bola de hámster. Existen riesgos de lesiones físicas o daños por participar en cualquiera de las actividades enumeradas anteriormente. Me elijo voluntariamente a mí mismo o a un miembro de mi familia para participar en las actividades y asumo los riesgos de lesiones o daños que puedan resultar de la participación. En mi nombre y en el de mis representantes personales y herederos, libero a Pinecrest, a sus oficiales, empleados y agentes y / o a la Iglesia / grupo de la lista de toda responsabilidad por cualquier lesión o daño a mí o al miembro de mi familia que aparece en la lista de participación en dichas actividades. He leído y entendido este comunicado. Enumere las actividades que están resaltadas y en cursiva encima de las que no desea que participe el campista.

INITIALS INICIALES MODEL RELEASE (SPECIFY IF FOR ADULT OR MINOR BY CHECKING APPROPRIATE BOX BELOW) MODELO DE LIBERACIÓN (ESPECIFICAR SI PARA ADULTOS O MENORES AL VERIFICAR LA CAJA ADECUADA A CONTINUACIÓN): For good and valuable consideration, the receipt and sufficiency of which is hereby acknowledge by my signature below on this form, I hereby grant to the Southern Pacific District Girls Ministries of La Puente, California, , the absolute and unqualified right to copyright (in its own name or otherwise), reproduce, publish, distribute and otherwise use or exploit photographs motion pictures and other audiovisual works (including works recorded in digital media) of me or in which I may be included whether taken in a studio or elsewhere, alone or in conjunction with other persons or characters, in any part of the world, and to make similar uses of any reproductions of my voice. This authorization and consent includes any use of such photographs, motion pictures, audiovisual works or voice reproductions without regard to any distortion, alteration, or retouching whether intentional or otherwise. The use and exploitation hereunder may be in any medium now or thereafter known or developed for illustration, promotion, advertising, trade or any other lawful purpose whatsoever, whether accompanied by printed matter or otherwise.

I hereby waive any opportunity or right which I may have to inspect or approve the finished photographs, films, tapes, or digital data, the lawful use to which they may be put, any copy, photographs, illustrations or other material used in connection therewith or the final product in which they may be used or incorporated. I hereby waive, release and discharge from any claim, demand, action, or suit which I may have or which may be derived through me for libel, defamation, invasion of privacy or any violation of any right to publicity or any other right which I may have arising out of the lawful publication or use of such photographs, motion pictures, audiovisual works and voice reproductions.

Para una consideración buena y valiosa, el recibo y la suficiencia que se reconocen en este documento junto con mi firma a continuación en este formulario, por la presente otorgo a los Ministerios de Niñas del Distrito Sur del Pacífico de La Puente, California, el derecho absoluto e incondicional a los derechos de autor (en su propio nombre o de otro modo), reproducir, publicar, distribuir y utilizar o explotar fotografías de imágenes en movimiento y otras obras audiovisuales (incluidas las obras grabadas en medios digitales) de mí o en las que pueda ser incluido, ya sea en un estudio o en otro lugar, solo o en conjunto con otras personas o personajes, en cualquier parte del mundo, y para hacer usos similares de cualquier reproducción de mi voz. Esta autorización y consentimiento incluye cualquier uso de tales fotografías, películas, obras audiovisuales o reproducciones de voz sin tener en cuenta la distorsión, alteración o retoque, ya sea intencional o no. El uso y la explotación en virtud del presente documento pueden realizarse en cualquier medio, ahora o posteriormente, conocido o desarrollado para fines de ilustración, promoción, publicidad, comercio o cualquier otro propósito legal, ya sea acompañado de material impreso o de otro tipo.

Por la presente, renuncio a cualquier oportunidad o derecho que pueda tener para inspeccionar o aprobar las fotografías, películas, cintas o datos digitales terminados, el uso legítimo al que puedan destinarse, cualquier copia, fotografía, ilustración u otro material utilizado en conexión con el mismo. o el producto final en el que pueden ser utilizados o incorporados. Por este medio renuncio, libero y descargo de cualquier reclamo, demanda, acción o demanda que pueda tener o que pueda obtenerme a través de mí por difamación, invasión de privacidad o cualquier violación de cualquier derecho a la publicidad o cualquier otro derecho que yo puede haber surgido de la publicación o uso legal de tales fotografías, películas, obras audiovisuales y reproducciones de voz.

- FOR MINOR/PARA MENORES: I represent that I am the parent or legal guardian of the above-named minor. I hereby consent to the foregoing on his or her behalf. I hereby warrant that I have the full right and authority to execute this Release; that I have read and understand the above Release; that I am executing this Release as my own free act and deed; and that this Release shall be binding upon me, my heirs, legal representatives and assigns. Declaro que soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Por la presente doy mi consentimiento a lo anterior en su nombre. Por la presente garantizo que tengo el pleno derecho y autoridad para ejecutar esta Liberación; que he leído y entiendo el comunicado anterior; que estoy ejecutando este lanzamiento como mi propio acto libre y acción; y que esta Liberación será vinculante para mí, mis herederos, representantes legales y cesionarios.
- FOR ADULTS/PARA ADULTOS: I hereby warrant that I am of legal age, under no legal disability and have the full right and authority to execute this Release; that I have read and understand the above Release; that I am executing this Release as my own free act and deed; and that this Release shall be binding upon me, my heirs, legal representatives and assigns. Por la presente garantizo que soy mayor de edad, no tengo ninguna discapacidad legal y tengo pleno derecho y autoridad para ejecutar esta Exención; que he leído y entiendo el encima de la liberación; que estoy ejecutando este lanzamiento como mi propio acto libre y acción; y que esta Liberación será vinculante para mí, mis herederos, representantes legales y cesionarios.