

# REGISTRO – Camper con DT1 + Hermano/Amigo(a) opcional

## Campamento de Deportes Sam Fuld 2017

4-5 de febrero de 2017 – Campamento Deportivo de University of South Florida, Tampa, Florida.

Abierto a los Campers entre las edades de 8-17 años.

Haga registro temprano - el espacio es limitado!

Nombre del camper con DT1: _____		Fecha de nacimiento: _____	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Grado en la escuela: _____	Fecha de diagnóstico: _____	Tipo de insulina: _____	
Dirección: _____ Ciudad / estado / Zip: _____		Teléfono de casa: _____	
Nombre del endocrinólogo: _____ Número de teléfono: _____		Usa bomba de insulina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: Marca: _____	
Nombre de la madre (Mamá) o tutor: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____ El camper vive contigo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del padre (Papá) o tutor: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____ El camper vive contigo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ha participado de campamentos de diabetes antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de amigo o hermano opcional: _____		Fecha de nacimiento: _____ Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado en la escuela: _____
Dirección: _____ Ciudad / estado / Zip: _____		Teléfono de casa: _____	
Nombre de padres de su amigo/a (Mamá):  Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____ El niño vive contigo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de padres de su amigo/a (Papá):  Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____ El niño vive contigo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>CAMPER con DT1:</b> Enumera del #1 al #6, en orden de más (#1) a menos (#6) interés.  <input type="checkbox"/> Béisbol/softbol (debe traer su propio guante) <input type="checkbox"/> Tenis- ¿usted traerá su propia raqueta? S/N: _____ <input type="checkbox"/> Baloncesto <input type="checkbox"/> Fútbol (Americano) <input type="checkbox"/> Fútbol ("soccer") <input type="checkbox"/> Golf <input type="checkbox"/> Cheerleading <input type="checkbox"/> Danza <input type="checkbox"/> Voleibol  Para las primeras tres opciones, por favor díganos cuántos años lleva jugando: 1) _____ 2) _____ 3) _____		<b>AMIGO ó HERMANO/A</b> Enumera del #1 al #6, en orden de más (#1) a menos (#6) interés.  <input type="checkbox"/> Béisbol/softbol (debe traer el propio guante) <input type="checkbox"/> Tenis-¿usted traerá su propia raqueta? S/N: _____ <input type="checkbox"/> Baloncesto <input type="checkbox"/> Fútbol (Americano) <input type="checkbox"/> Fútbol ("soccer") <input type="checkbox"/> Golf <input type="checkbox"/> Cheerleading <input type="checkbox"/> Danza <input type="checkbox"/> Voleibol  Para las primeras tres opciones, por favor díganos cuántos años lleva jugando: 1) _____ 2) _____ 3) _____	

Tamaño de camiseta (YM, YL, AM, AL, AXL): <input style="width: 40px;" type="text"/>	Tamaño de camiseta (YM, YL, AM, AL, AXL): <input style="width: 40px;" type="text"/>
---	---

**REGISTRO Y PAGO - \$70 POR CAMPER**

Cuota de inscripción de \$70.00 por camper (incluye almuerzo y refrigerios el sábado y aperitivos el domingo, una camiseta de campamento de deportes y botella de agua). Centro de Diabetes de USF está ofreciendo un descuento de \$10 a hermanos. Favor de enviar este formulario por correo a FCCYD, PO Box 14136, Gainesville, FL 32604 ó por fax a (352) 334-1326

<b>Total: \$</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>Tarjeta de crédito:</b> <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Discover Si la dirección de facturación es diferente a la de arriba, por favor llame a la oficina para procesar.	<b>Nombre en la tarjeta de crédito:</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>
<b>CC #</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>Fecha exp:</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>Código CCV:</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>

**Talonario PARA CAMPER CON DIABETES**

<b>Nombre del camper:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<b>Fecha de nacimiento:</b> <input style="width: 80%;" type="text"/>	<b>Fecha de diagnóstico:</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>A1C más reciente:</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>
---	---	--	---

**Tipos de insulina y régimen - por favor, marque todas las que aplican**

<input type="checkbox"/> Jeringuilla / inyección	<input type="checkbox"/> Humalog	<input type="checkbox"/> NPH	<input type="checkbox"/> Novolin 70/30
<input type="checkbox"/> Pen	<input type="checkbox"/> NovoLog	<input type="checkbox"/> Levemir (Detemir)	<input type="checkbox"/> Novolog 70/30
<input type="checkbox"/> Bomba de insulina	<input type="checkbox"/> APIDRA	<input type="checkbox"/> Lantus (Glargine)	<input type="checkbox"/> Humulin 70/30
	<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Humalog 75/25

<b>Para inyección: dosis</b> AM <input style="width: 40px;" type="text"/> Comida <input style="width: 40px;" type="text"/> PM <input style="width: 40px;" type="text"/> Cama <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>Carb ratio:</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> <b>Factor de corrección:</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>
---	--

**Marca de la bomba:**  Animas  Medtronic  Accu-Chek  OmniPod  T-Slim otros:

**Sitios:**  Brazo  Pierna  Nalgas  Abdomen  Otros

Basales		Carb ratio		Factor de corrección	
Tiempo	Basal	Tiempo	Carb ratio	Tiempo	Factor de corrección
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>

**Hipoglucemia y la prueba de azúcar en la sangre**

**Cuáles son los niveles de azúcar típicos en:** AM  Comida  PM  Cama

<b>Número promedio de episodios hipoglicémicos por semana?</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>Puede su hijo notar cuando su azúcar en la sangre esta baja?</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>
--	---

**Momentos del día:**

- Desayuno almuerzo
- Pre-comida
- Por la tarde
- Antes de la cena
- Otros:

**Síntomas típicos:**

- Temblor
- Náuseas
- Cansancio/debilidad
- Hambre intensa
- Dolor de cabeza
- Mareo
- Irritabilidad
- Agitación
- Palidez
- Otros:

**Su niño usa un monitor continuo de glucosa (CGM)?****No:** **Si:**  Marca: **Hipoglucemia durante ó después del ejercicio? (S/N):**  **Cuán grave y cuanto tiempo después?**

Historial medico					
Cuántas visitas a la Sala de Emergencias relacionadas a la diabetes en los últimos 12 meses? <input type="text"/>				Fecha (s) y razón (es): <input type="text"/>	
Por favor indique cualquier otro problema médico: <input type="text"/>					
Fecha de operaciones y hospitalizaciones: <input type="text"/>					
Otros medicamentos para la diabetes:					
Nombre del medicamento		Dosis		Razón	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provea lista de alergias y sus síntomas: <input type="text"/>					
El camper usa un epi-pen? <input type="text"/> (si usa, por favor tráigalo con usted al campamento)					
Historial de inmunización : (si ha presentado antes, agregar actualizaciones solamente)					
Vacuna contra la	Año de la inmunización básica	Año de último "booster"	Vacuna contra la	Año de la inmunización básica	Año de último "booster"
DPT (difteria, tos ferina / tos, tétanos ferina)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Poliomielitis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TD (tétanos, difteria)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Varicela	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMR (sarampión, paperas, rubéola)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prueba cutánea de TB: Más recientes: <input type="text"/>			Tétanos vacuna: Más recientes: <input type="text"/>		
Información de emergencia					
Nombre del médico primario: <input type="text"/>			Teléfono: <input type="text"/>		
Nombre de la compañía de seguros: <input type="text"/>			Política o Grupo #: <input type="text"/>		
Nombre del dentista: <input type="text"/>			Teléfono: <input type="text"/>		
Nombre de contacto emergencia (que no sea mamá/papá): <input type="text"/>		Relación: <input type="text"/>		Teléfono de casa: <input type="text"/>	
				Teléfono celular: <input type="text"/>	



Este paquete puede ser enviado por correo electrónico, fax o por correo utilizando la siguiente información. Preguntas sobre este formulario? Póngase en contacto con el campamento de Diabetes Florida

P.O. BOX 14136, Gainesville, FL 32604  
Tel: (352) 334-1321 Fax: (352) 334-1326

Email: [scamp@usf.edu](mailto:scamp@usf.edu)  
www: [www.usf.edu/scamp.org](http://www.usf.edu/scamp.org)



USF DIABETES CENTER  
UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA



## **USF Diabetes - Campamento de Deportes Sam Fuld 2017 Autorizaciones para CAMPER con DT1**

Esta página debe ser completada y firmada por un padre ó tutor legal para cada camper. Imprimir, firmar y devolver con solicitud de registro. La aplicación no se considerará completa a menos que esta página sea firmada con fecha y devuelta a la oficina.

**PADRES DE TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN FIRMAR!**

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Doy permiso al Centro de Diabetes de USF ó Florida Diabetes Camp y su personal a dar atención médica a mi hijo/a y a transportar a mi hijo/a para brindarle cuidado médico necesario. Autorizo a brindar cuidado médico durante el transporte y a compartir información pertinente con otros proveedores de la salud.

**Tratamiento médico:**

(Nombre del camper) [ ] tiene permiso para participar en todas actividades prescritas. Por la presente doy permiso al personal del campamento a:

- a) Proveer atención médica constante, incluyendo pruebas regulares de sangre y orina para azúcar y cetonas y hacer ajustes de dosis de insulina según sea necesario.
- b) Seleccionar todo el personal médico y solicitar cualquier examen o radiografía necesaria.
- c) En una emergencia el director médico del campamento puede buscar transporte para mi hijo. El director médico del campamento puede transportar, hospitalizar, asegurar tratamiento y orden las inyecciones, anestesia o cirugía para problemas médicos o dentales de la persona nombrada arriba. Se hará todo lo posible para notificar a los padres.

**Mi hijo puede ser transportado/a hacia y desde el campamento de deportes Sam Fuld USF Diabetes el 4-5 de febrero de 2017 por:**

Nombre del conductor	Relación al Camper	Número de teléfono
[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]

Nota: Una vez que los campers llegan a campo y durante todo el fin de semana, el centro de Diabetes de USF o campamento de Diabetes de Florida se encargará de todos los campers. Los campers no podrán abandonar la instalación hasta que sean recogidos por su conductor designado. **Los teléfonos celulares NO son permitidos durante el campamento!**

**Otros permisos:**

Doy mi permiso al centro de Diabetes de USF o Florida Diabetes Camp y los directores de transporte a hospitalizar a la persona nombrada arriba a un hospital en caso de que atención médica sea necesaria. Esta atención médica puede incluir pruebas, radiografías, anestesia o cirugía para problemas médicos o dentales. Entiendo que el campamento me notificará de la emergencia tan pronto les sea posible. Entiendo que el centro de Diabetes de USF o Florida Diabetes Camp no es responsable por daños que puedan resultar de accidentes, enfermedades u otras causas.

Doy mi permiso para que la información de mi hijo/a pueda ser compartida con el campamento de Diabetes del centro de Diabetes de la USF, Florida, refiriéndose a médicos, personal (si procede) de CMS, personal de emergencia y otros proveedores de atención médica relacionados según se considere apropiado por el personal de campamento.

Además, doy mi permiso para cualquier fotografía o vídeo tomado durante el campamento que incluya nuestro niño que sea publicado por el centro de Diabetes de la USF, Florida Diabetes Camp o los medios de comunicación.

*Escribiendo mi nombre completo abajo, doy fe de la información contenida en esta solicitud y materiales asociados. Reconozco que mi nombre escrito a máquina constituye mi firma electrónica que equivale a mi firma manuscrita legal.*

Firma: [ ]

Fecha: [ ]

## USF Diabetes - Campamento de Deportes Sam Fuld 2017

Nombre del camper: [ ]		Amigo ó hermano con Diabetes: [ ]		Fecha (de hoy): [ ]	
Dirección de calle: [ ] Ciudad / estado / Zip: [ ]				Teléfono de casa: [ ]	
Nombre de padres (Mamá): [ ] Teléfono del trabajo: [ ] Teléfono celular: [ ] Dirección de correo electrónico: [ ]			Nombre de padres (Papá): [ ] Teléfono del trabajo: [ ] Teléfono celular: [ ] Dirección de correo electrónico: [ ]		
<b>Historial médico:</b>					
Por favor enumere cualquier problema médico: [ ]					
Fecha de operaciones y hospitalizaciones: [ ]					
Medicamentos (por favor traer los medicamentos necesarios al campamento): [ ]					
Nombre del medicamento		Dosis		Razón	
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Enumere alergias y síntomas:					
El camper usa un epi-pen? (si usa, por favor tráigalo con usted al campamento)					
<b>Historial de inmunización : (si ha presentado antes, agregar actualizaciones solamente)</b>					
Vacuna contra la	Año de la inmunización básica	Año de último "booster"	Vacuna contra la	Año de la inmunización básica	Año de último "booster"
DPT (difteria, tos ferina / tos, tétanos ferina)	[ ]	[ ]	Poliomielitis	[ ]	[ ]
TD (tétanos, difteria)	[ ]	[ ]	Varicela	[ ]	[ ]
MMR (sarampión, paperas, rubéola)	[ ]	[ ]	Hepatitis B	[ ]	[ ]
Prueba cutánea de TB: Más recientes: [ ]			Tétanos vacuna: Más recientes: [ ]		
<b>Contacto de emergencia</b>					
Nombre del médico primario			Teléfono:		
Nombre de la compañía de seguros:			Política o Grupo #:		
Nombre del dentista:			Teléfono:		
Nombre de contacto emergencia (que no sea mamá/papá): [ ]		Relación: [ ]		Teléfono de casa: [ ] Teléfono celular: [ ]	

**USF Diabetes - Campamento de Deportes Sam Fuld 2017**  
**Autorizaciones Para Hermano ó Amigo**

Esta página debe ser completada y firmada por un padre ó tutor legal para cada camper. Imprimir, firmar y devolver con solicitud de registro. La aplicación no se considerará completa a menos que esta página sea firmada con fecha y devuelta a la oficina.

**PADRES DE TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN FIRMAR!**

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Doy permiso al Centro de Diabetes de USF ó Florida Diabetes Camp y su personal a dar atención médica a mi hijo/a y a transportar a mi hijo/a para brindarle cuidado médico necesario. Autorizo a brindar cuidado médico durante el transporte y a compartir información pertinente con otros proveedores de la salud.

**Tratamiento médico:**

(Nombre del camper) [ ] tiene permiso para participar en todas actividades prescritas. Por la presente doy permiso al personal del campamento a:

- a) Proveer atención médica constante, incluyendo pruebas regulares de sangre y orina para azúcar y cetonas y hacer ajustes de dosis de insulina según sea necesario.
- b) Seleccionar todo el personal médico y solicitar cualquier examen o radiografía necesaria.
- c) En una emergencia el director médico del campamento puede buscar transporte para mi hijo. El director médico del campamento puede transportar, hospitalizar, asegurar tratamiento y orden las inyecciones, anestesia o cirugía para problemas médicos o dentales de la persona nombrada arriba. Se hará todo lo posible para notificar a los padres.

**Mi hijo puede ser transportada hacia y desde el campo de deportes de Sam Fuld USF Diabetes en 4-5 de febrero de 2017 por:**

Nombre del conductor	Relación al Camper	Número de teléfono
[ ]	[ ]	[ ]

Nota: Una vez que los campers llegan a campo y durante todo el fin de semana, el centro de Diabetes de USF o campamento de Diabetes de Florida se encargará de todos los campers. Los campers no podrán abandonar la instalación hasta que sean recogidos por su conductor designado. **Los teléfonos celulares NO son permitidos durante el campamento!**

**Otros permisos:**

Doy mi permiso al centro de Diabetes de USF o Florida Diabetes Camp y los directores de transporte a hospitalizar a la persona nombrada arriba a un hospital en caso de que atención médica sea necesaria. Esta atención médica puede incluir pruebas, radiografías, anestesia o cirugía para problemas médicos o dentales. Entiendo que el campamento me notificará de la emergencia tan pronto les sea posible. Entiendo que el centro de Diabetes de USF o Florida Diabetes Camp no es responsable por daños que puedan resultar de accidentes, enfermedades u otras causas.

Doy mi permiso para que la información de mi hijo/a pueda ser compartida con el campamento de Diabetes del centro de Diabetes de la USF, Florida, refiriéndose a médicos, personal (si procede) de CMS, personal de emergencia y otros proveedores de atención médica relacionados según se considere apropiado por el personal de campamento.

Además, doy mi permiso para cualquier fotografía o vídeo tomado durante el campamento que incluya nuestro niño que sea publicado por el centro de Diabetes de la USF, Florida Diabetes Camp o los medios de comunicación.

*Escribiendo mi nombre completo abajo, doy fe de la información contenida en esta solicitud y materiales asociados. Reconozco que mi nombre escrito a máquina constituye mi firma electrónica que equivale a mi firma manuscrita legal.*

Firma: [ ]

Fecha: [ ]



