



**APLICACION PARA EL CAMPAMENTO DE VERANO**

Estimados Padres y Tutores,

El Campamento de Verano 2024 está a la vuelta de la esquina y nos complace que usted escogió al Campamento Rancho Circulo V para enviar a su niño.

El Campamento Rancho Circulo V, es propiedad y funciona para la Sociedad de San Vicente de Paul Concilio de Los Ángeles, este campamento opera 5 días/4 noches y sirve a niños entre las edades de 7 a 13 años de edad. Este campamento está disponible para todos los niños sin importar su raza, religión o condición financiera.

**Por favor siga las siguientes instrucciones para asegurar un lugar para sus niños.**

- Por favor complete y regrese el formulario de Historial de Salud, Aplicación para beca, y el formulario de emisión.
- Completé y envíe los formularios mencionados arriba junta con su aplicación envíe \$75.00 no reembolsable, pagadero Society of St. Vincent de Paul. Esta tarifa será aplicada hacia el costo total del campamento de \$650.00.
- Seleccione la sesión que le gustaría que su niño asista.
- Por favor anexe una foto reciente de su niño y escriba al reverse de la foto el nombre del niño o niña.
- El formulario del Examen Físico debe ser firmado y sellado por un médico con licencia profesional o puede proporcionar documentación del examen físico más reciente de su niño el cual debe haber sido tornado en las últimas 18 meses. (Si es necesario este formulario puede ser entregado el día de salida del campista).**

**POR FAVOR TOME NOTA:**

- NO SE PERMITIRA A NINGUN CAMPISTA ABORDAR EL AUTOBUS O LLEGAR AL CAMPAMENTO SIN LOS FORMULARIOS DE EXAMEN MEDICO COMPLETOS. NO EXEPCIONES.
- FORMULARIOS INCOMPLETOS O FALT A DE PAGO DEMORA LA INSCRIPCION AL PROGRAMA Y TAL VEZ NO PUDE SER CONSIDERADA.

**CALENDARIO DEL CAMPAMENTO DE VERANO 2024**

Sesiones	Tema	Fechas de las sesiones	Fecha limite para aplicar	Primeras 2 sesiones preferidas (usar 1 y 2)
1	Superhéroe	sabado. Julio 6 – miercoles. Julio 10, 2024	Viernes, Junio 28, 2024	
2	Piratas	sabado. Julio 13 – miercoles. Julio 17, 2024	Viernes, Julio 5, 2024	
3	Carnaval	sabado. Julio 20 – miercoles. Julio 24, 2024	Viernes, Julio 12, 2024	
4	Juegos Olímpicos	sabado. Julio 27 – miercoles. Julio 31, 2024	Viernes, Julio 19, 2024	
5	Tiempos Medievales	sabado. Agosto 3 – miercoles. Agosto 7, 2024	Viernes, Julio 26, 2024	
6	Semana Cientifica	sabado. Agosto 10 – miercoles. Agosto 14, 2024	Viernes, Agosto 2, 2024	

Por favor entregue su aplicación y todo el papeleo requerido junta con la tarifa lo más pronto posible:

**Envia Por Correo**

**Circle V Ranch Camp**  
210 North Avenue 21  
Los Ángeles, CA 90031

**o por correo electronico a:**

**fjacinto@svdpla.org**

## PARADAS DE AUTOBUS

El Campamento Rancho Circulo V, ofrece paradas de autobús en Los Ángeles, Encino, Oxnard y Santa Barbara. Además de nuestras paradas de autobús, usted también tiene la opción de usted mismo llevar a su niño al campamento. Se le asignara la parada de autobús basándonos en su dirección residencial. Si usted prefiere una parada de autobús que no sea la más cercana a su domicilio, por favor ponganse en contacto con la oficina del Campamento al (323) 686-6735 para hacer los arreglos necesarios.

## ASISTENCIA FINANCIERA "BECAS"

Nosotros aquí en la Sociedad de San Vicente de Paul, nunca permitimos que el dinero sea un obstáculo para que usted envíe a su niño al campamento. Es por esto que nosotros le ofrecemos "becas" para las familias que califican, estas permiten a la familia contribuir con una "tarifa básica" de \$75.00 por cada campista (alrededor del 16 % del costo total del campamento). Usted puede calificar si sus ingresos se encuentran bajo la tabla básica de elegibilidad o si su familia recibe cal-fresh, cal-Works, o si su niño tiene un numero de caso Foster o un numero Gap Kin. Las familias que solicitan "becas" o que califican para una tarifa de menor escala que el costo total de \$650.00, por favor completen las siguientes dos (2) paginas. Si tiene usted preguntas acerca de las "becas", por favor no dude en llámanos al (323) 686-6735.

## COSTO DEL CAMPAMENTO/ ESCALA

		Ocupantes en el hogar (tamaño)								
Costo a Pagar		1	2	3	4	5	6	7	8	9+
		Escala de ingresos anuales								
\$650.00	Precio Completo	\$39,999 o mas	\$55,421 o mas	\$69,744 o mas	\$84,066 o mas	\$98,377 o mas	\$112,711 o mas	\$127,068 o mas	\$141,459 o mas	Llame a nuestra oficina
\$425.00	Nivel 3	\$33,263-\$39,998	\$48,900-\$55,420	\$61,538-\$69,743	\$74,175-\$84,065	\$86,813-\$98,376	\$99,449-\$112,710	\$112,118-\$127,067	\$124,817-\$141,459	Llame a nuestra oficina
\$300.00	Nivel 2	\$31,428-\$36,263	\$42,380-\$48,900	\$53,332-\$61,538	\$64,285-\$74,175	\$75,237-\$86,813	\$86,189-\$99,449	\$97,169-\$112,118	\$108,175-\$124,817	Llame a nuestra oficina
\$175.00	Nivel 1	\$24,175-\$31,428	\$32,608-\$42,380	\$41,025-\$53,332	\$49,450-\$64,285	\$57,875-\$75,237	\$66,300-\$86,189	\$74,746-\$97,169	\$83,211-\$108,175	Llame a nuestra oficina
\$75.00	Base	menos de \$24,175	menos de \$32,608	menos de \$41,025	menos de \$49,450	menos de \$57,875	menos de \$66,300	menos de \$74,746	menos de \$83,211	Llame a nuestra oficina

**ESTA ESCALA NO APLICA PARA FAMILIAS QUE RECIBEN ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS O RECIBEN INGRESOS DEL SEGURO SUPLEMENTAL, O BENEFICIOS DE PROGRAMAS DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN RESERVACIONES INDIAS, PARTICIPANTES EN LOS PROGRAMAS, WORKFORCE INVESTMENT ACT (WIA), O KIN-GAP BENEFITS AUTOMATICAMENTE CALIFICAN PARA NUESTRA BASE DE TARIFAS.**

Un hogar de 1 es un niño el cual es su propio sustento. Los niños de crianza son considerados como hogar de uno, solamente si servicios sociales o una agencia mantiene la responsabilidad legal de ese niño. Hogar es sinonimo de familia y significa un grupo de personas emparentadas o sin parentesco los cuales no residen en una institucion o pensión, pero están viviendo como una sola unidad y distribuyen y comparten los ingresos como una sola unidad económica compartiendo también los gastos significativos del hogar



# CIRCLE RANCH CAMP

ESTABLISHED. 1945

## Solicitud de beca para campamento de Verano

Fondos para esta beca son proporcionados por San Vicente de Paul

Para calificar para una "BECA" para el campamento, esta forma necesita estar llena completamente.

### 1. INFORMACIÓN DEL CAMPISTA (NIÑO)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	MI
DOMICILIO	CIUDAD	CODIGO POSTAL
( ) AREA	NUMERO DE TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO

### 2A. PROPORCIONAR UNO DE LOS SIGUIENTES NUMEROS. (SI ES APLICABLE):

# DE CASO FOSTER: \_\_\_\_\_ # DE CAL - WORKS : \_\_\_\_\_

# DE ESTAMPILLAS DE COMIDA: \_\_\_\_\_

2B. INGRESOS ANUALES DE LA FAMILIA \$ \_\_\_\_\_ 2C. NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR \_\_\_\_\_

3. CANTIDAD PAGADA POR EL CAMPISTA (NINO) \$ \_\_\_\_\_

4. SEXO: NINO  NINA  5. EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

### 6. ORIGEN ETNICO ( POR FAVOR CIRCULE UNO ):

Nativo de Alaska/ Nativo americano      Asiático      Afro-americano  
Latino      Hawaiano nativo/ Islas del Pacífico      Blanco/Caucasico      Otra Etnicidad \_\_\_\_\_

### 7. TAMANO DE CAMISETA ( POR FAVOR CIRCULE UNO ):

JOVEN CHICO / JOVEN MEDIANO / JOVEN GRANDE / CHICO / MEDIANO / GRANDE / X-GRANDE OTRO: \_\_\_\_\_

8. NOMBRE DE LA ESCUELA QUE EL/LA NIÑO/A ATIENDE: \_\_\_\_\_

9. RAZON POR PETICION DE BECA? \_\_\_\_\_

**Por favor incluya la cuota de inscripcion CAMPAMENTO de \$100.00 con su solicitud completa.  
La solicitud completa se debe con el pago de inscripcion por lo menos dos semanas antes de la fecha de salida. Las solicitudes incompletas o aplicaciones que faltan depositos se demora la inscripcion.**

**Para poder beneficiar con una beca de cam par usted necesita calificar en cualquiera de las dos secciones 2A 6 2B.**

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

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

Formulario de examen e historial de salud para niños, adolescentes y adultos participando en los campamentos

FM08NS

Asistencia al campamento: fechas: \_\_\_\_\_

Envíe este formulario a la dirección indicada abajo \_\_\_\_\_ (fecha)



CIRCLE V RANCH CAMP ESTABLISHED 1945
Camp Main Office
210 North Avenue 21
Los Angeles Ca. 90031
(323) 686-6735

Desarrollado y aprobado por la American Camp Association American Academy of Pediatrics

La información solicitada en este formulario no forma parte del proceso de aceptación del participante o empleado, sino que se recopila para ayudarnos a proveer una atención apropiada. El historial de salud (las tres primeras páginas) debe ser completado

por los padres o guardianes del menor, o por los adultos mismos y debe ser actualizado todos los años. El examen médico (última página) debe ser completado por lo menos cada dos años por personal médico debidamente certificado y aprobado.

Nombre \_\_\_\_\_
Apellido nombre segundo nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad para fecha del campamento \_\_\_\_\_

Dirección domicilio \_\_\_\_\_
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Número de Seguridad Social del participante \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] Masculino [ ] Femenino

Padre o guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección domicilio (si es diferente de la indicada arriba) \_\_\_\_\_
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Dirección trabajo \_\_\_\_\_
Calle y número Ciudad Estado Código postal Teléfono \_\_\_\_\_

Otro padre o guardián, o contacto de urgencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_
Calle y número Ciudad Estado Código postal Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección trabajo \_\_\_\_\_
Calle y número Ciudad Estado Código postal Teléfono \_\_\_\_\_

De no poder comunicarse en caso de emergencia, informar a:

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Información de seguros

¿Tiene el participante cobertura de seguros médicos/hospitalarios? [ ] Sí [ ] No

De ser así, favor indicar el nombre de la compañía o del plan de seguros \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_

Una fotocopia de ambos lados de la tarjeta de seguros de salud debe acompañar este formulario.

Importante — Se requiere completar estas secciones para poder asistir.\*

Autorización por padres/guardianes: De mi conocimiento, este historial está completo y correcto. Se permite a la persona aquí descrita participar en todas las actividades del campamento salvo indicación al contrario.

Por la presente autorizo al campamento a proveer atención médica rutinaria, administrar medicamentos recetados y obtener atención médica de urgencia, incluyendo la toma de radiografías o pruebas rutinarias. Se permite la divulgación

de los récords necesarios para propósitos de seguros. Se permite al campamento hacer los arreglos necesarios para el correspondiente transporte de mi persona/mi hijo.

De no poder comunicarse conmigo en caso de emergencia por la presente se permite al médico seleccionado por el campamento obtener y prestar atención, incluyendo la hospitalización, para la persona indicada arriba. El formulario completado puede ser fotocopiado para excursiones afuera del campamento.

Firma del padre/guardián, o del participante adulto o del empleado \_\_\_\_\_

Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

También comprendo y me conformo a las restricciones que puedan imponerse en mi participación en las actividades del campamento.

Firma del menor, o del participante adulto o del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\* Si por motivos religiosos usted no puede firmar, comuníquese con el campamento para obtener una hoja de renuncia legal que deberá ser firmada para poder asistir.

Año

Cabina o Grupo

Nombre

## Historial de salud

La información solicitada a continuación debe ser completada por el padre o guardián, o por el participante adulto o el empleado. Se solicita estos datos para proveer información de base a los profesionales de salud del campamento para que presten una atención apropiada. Retenga una copia del formulario completado

para sus archivos. Se debe comunicar cualquier cambio en esta información al personal médico del campamento desde la llegada del participante al mismo. Se le solicita proporcionar información completa para que el personal pueda estar enterado de sus necesidades.

**ALERGIAS** (indique todas las conocidas)      Describa la reacción y el tratamiento de la misma.

**Alergias a medicamentos** (indicar cuáles)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Alergias a comestibles** (indicar cuáles)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Otras alergias** (indicar cuáles) — incluyendo las picaduras de insectos, fiebre del heno, asma, caspa de animales, etc.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

## MEDICAMENTOS TOMADOS

Por favor indique TODOS los medicamentos tomados ordinariamente (incluyendo medicamentos sin receta médica). Traiga suficientes medicamentos para la duración del campamento. Asegúrese de

que estén en el frasco o empaque original que identifica al médico que lo recetó (de ser éste el caso), el nombre del medicamento, la dosificación y la frecuencia de dosificación.

Esta persona no toma NINGUN medicamento en forma regular.

Esta persona toma medicamentos de la manera indicada a continuación:

Medicamento Nº 1 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia diaria específica (hora) \_\_\_\_\_

Motivo del uso \_\_\_\_\_

Medicamento Nº 2 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia diaria específica (hora) \_\_\_\_\_

Motivo del uso \_\_\_\_\_

Medicamento Nº 3 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia diaria específica (hora) \_\_\_\_\_

Motivo del uso \_\_\_\_\_

Agregue otras hojas para medicamentos adicionales.

Identifique aquellos medicamentos que se toman durante el año escolar pero que el paciente no toma o no debería tomar durante el verano: \_\_\_\_\_

## RESTRICCIONES

Las siguientes restricciones aplican a este individuo:

### De dieta

No come carne de res

No come carne de puerco

No come huevos

No come aves

No come mariscos

No come productos lácteos

Otra (describir) \_\_\_\_\_

**Explique cualquier restricción en las actividades** (por ej., lo que no puede hacer, cualquier adaptación o limitación necesaria)

_____
_____
_____

**Preguntas generales** (Explique abajo cualquier respuesta de “sí”.)

Indique si el participante:

	Sí	No		Sí	No
1. Ha sufrido recientemente alguna herida o enfermedad (contagiosa o no contagiosa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Ha sido diagnosticado con soplo cardiaco.....		
2. Sufre de una enfermedad o condición crónica o repetida. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Ha tenido problemas con la espalda en alguna ocasión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha estado alguna vez hospitalizado. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Ha tenido problemas con las coyunturas (por ej., las rodillas, los tobillos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha sido alguna vez operado. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Estará usando un aparato ortodóntico durante el campamento. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sufre de dolores de cabeza con frecuencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Tiene problemas de la piel (por ej., picazón, salpullido, acné). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha sufrido en alguna ocasión una herida de la cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Tiene diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha estado inconsciente como resultado de un golpe. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Tiene asma. ....		
8. Usa lentes, lentes de contacto, o anteojos protectores. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Ha tenido mononucleosis durante los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ha sufrido infecciones del oído con frecuencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Ha tenido problemas de diarrea/estreñimiento. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se ha desmayado durante o después del ejercicio. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Ha sufrido de somnambulismo.....		
11. Ha sufrido mareos durante o después del ejercicio. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Ha tenido una historia de menstruación anormal (para participantes femeninos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ha sufrido de ataques de apoplejía.....			26. Tiene una historia de orinar en la cama.....		
13. Ha sufrido alguna vez de dolores del pecho durante o después del ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Ha sufrido en alguna ocasión de una anomalía de dieta. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ha sufrido de la presión alta. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Ha tenido problemas emocionales para los cuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Favor de aclarar cualquier respuesta de “sí” y anotar el número de la pregunta.**

---



---



---



---

Indique si el participante ha tenido:

- Sarampión
- Varicela / viruelas locas
- Rubéola
- Paperas
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C

Prueba Mantoux de tuberculosis

Fecha de la última prueba \_\_\_\_\_

Resultado:  Positivo  Negativo

Favor de indicar todas las fechas de inmunización:

Vacuna:	Fechas:	mes/ año	mes/ año	mes/ año	mes/ año	mes/ año	mes/ año
DTP		_____	_____	_____	_____	_____	_____
TD (tétano/difteria)		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tétano		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Poliomielitis		_____	_____	_____	_____	_____	_____
MMR		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de sarampión		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de paperas		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de rubéola		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Haemophilus influenza B		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis B		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Varicela (viruelas locas)		_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Use este espacio para proveer datos adicionales sobre el comportamiento y la salud física, emocional o mental del participante que el personal del campamento debería saber.**

---



---



---



---

Nombre del médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre del dentista/ortodontista de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**Recomendaciones de atención médica por personal médico diplomado**

Examiné este individuo en fecha \_\_\_\_\_. (Los requisitos de acreditación de la ACA estipulan exámenes realizados con menos de 24 meses de anterioridad a la asistencia; algunos campos puedan exigir exámenes anuales. No se requiere necesariamente un nuevo examen para asistir al campamento.)

Tensión arterial \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

En mi opinión el solicitante  está  no está en condiciones de participar en un programa activo de campamento.

El solicitante está bajo control médico por las siguientes condiciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Recomendaciones y restricciones en el campamento:**

Tratamiento a seguirse durante el campamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos a ser suministrados durante el campamento (nombre, dosis, frecuencia):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Plan dietético (por receta médica) o restricciones de dieta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias conocidas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción de cualquier limitación o restricción en las actividades del campamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datos adicionales para el uso del personal médico del campamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma de personal médico diplomado** \_\_\_\_\_  
Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_ Diploma en \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Para el uso del campamento únicamente*

**Récord de examen** \_\_\_\_\_ am  
Examinado en (fecha) \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ pm  
Medicamentos recibidos \_\_\_\_\_  
Actualizaciones/adiciones al récord médico anotadas  Sí  No  Ningunas  
Necesidades médicas actuales \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_  
Examinado por \_\_\_\_\_

**REGLAS FUNDAMENTALES DEL CAMPAMENTO DE VERANO DE LA SOCIEDAD DE SAN VICENTE DE PAUL.**

Yo entiendo y estoy en acuerdo que basándose a las circunstancias si mi hijo / hija necesitara regresar a casa del campamento de verano de la Sociedad de San Vicente de Paul, antes de que concluya su sesión, yo soy el responsable por levantar a mi hijo/ hija inmediatamente. Además, entiendo que, si se presentara cualquier circunstancia mencionadas en el siguiente segmento y basándose a la discreción del director del campamento de verano de la Sociedad de San Vicente de Paul, mi hijo / hija puede requerir que se regrese a casa.

- A.** Violación a las reglas fundamentales del campamento de Verano de la Sociedad de San Vicente de Paul incluyen:
  - 1. Alcohol o drogas de cualquier tipo (incluyendo cigarrillos) están prohibidas en el campamento de verano de la Sociedad de San Vicente de Paul o en cualquier área del programa de verano.
  - 2. Comportamiento sexual o excesivas muestras de afecto que disminuye la participación de los grupos no es aceptable ni permitida.
  - 3. Se requiere permiso del personal del campamento de verano de la Sociedad de San Vicente de Paul, para abandonar el grupo o salir fuera de los límites definidos en cualquier momento.
  - 4. Comportamiento inapropiado no es aceptable ya que este impacta al campamento de verano de la Sociedad de San Vicente de Paul su capacidad de llevar a cabo un programa seguro y eficiente.
- B.** El obrar o participar en un delito cometido por mi hijo / hija, su detención, arresto, o el uso de cualquier arma.
- C.** Cualquier enfermedad o lesión que mi hijo / hija sufra y no le permita continuar con la sesión de verano.
- D.** Posesión de siguientes artículos serán prohibidos en el campamento: Todas sustancias controladas, equipos personales de deportes, armas y animales.
- E.** El Campamento Circulo V se reserva el derecho de realizar una búsqueda de la propiedad del campista en la sospecha de sustancias ilegales o armas.
- F.** El Campamento Circulo V no es responsable por artículos perdidos o robados.

He leído lo anterior y estoy de acuerdo con estas reglas fundamentales. Cualquier violación a cualquiera de estas reglas puede resultar en que el excursionista sea enviado de regreso a su casa al costo de sus padres.

Estimado Campista,

Por favor toma unos minutos para leer este contrato junto a tus padres/guardianes para que puedas entender el comportamiento que se espera de ti mientras estas en el Campamento Rancho Circulo V este verano.

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo con los siguientes términos:

- 1. Yo seré respetuoso con todos los adultos, campistas y todo a mi alrededor
- 2. Yo respetare a mis compañeros campistas y no seré destructivo.
- 3. Yo evitare conflictos con mis compañeros, evitare peleas, amenazas e intimidaciones.
- 4. Yo tomare responsabilidad de mis acciones.
- 5. Yo participare a medida de mis posibilidades en todas las actividades.

**HE LEIDO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL CONTRATO DE COMPORTAMIENTO DEL CAMPAMENTO CIRCULO V**

**Firma del Campista:** \_\_\_\_\_ **Firma del Padre/Guardian:** \_\_\_\_\_



**AUTORIZACION MEDICA**

La información medica proveída en este formulario de registro es correcta basándome a mi mejor conocimiento y la persona mencionada en este formulario tiene mi consentimiento para participar en todas las actividades recreativas ofrecidas en el campamento de verano de la Sociedad de San Vicente de Paul, con la excepción de las actividades previamente mencionadas. En caso de que yo no pueda ser contactado durante y en caso de una emergencia, con la presente autorizo a la enfermera o al administrador u otro adulto encargado del campamento, dándoles consentimiento de fungir como si fuera yo mismo para autorizar tratamiento médico o dental y cuidar a mi hijo durante su estancia en el campamento, esto bajo conformidad de la sección 6910 del código familiar de California. Doy permiso a Circle V Ranch Camp para realizar un diagnóstico de detección o mitigación de COVID 19 en mi hijo con una prueba de COVID 19, ya sea a través de hisopos nasales o muestras de saliva. Los gastos de estas pruebas pueden o no estar cubiertos por el seguro y, por lo tanto, yo podría ser responsable del costo asociado con las pruebas.

Es mi intención de que el Campamento sea tratado y actúe en lugar de los padres, si la persona nombrada en este documento es un menor de edad. También es mi intención que los representantes apropiados del campamento sean tratados como "representantes personales" para divulgar información de salud protegida bajo las regulaciones de privacidad y promulgadas según la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996. Yo estoy de acuerdo (conforme al 45 CFR-164.150 (b) la divulgación a los representantes del campamento de la información protegida de la salud de la persona aquí descrita, es necesario: (i) proporcionar información relevante a los representantes del campamento la capacidad de la persona aquí mencionada para participar en las actividades del campamento, y (ii) en el caso de los menores, proporcionar información relevante a los representantes del campamento para mantenerme informado sobre el estado de salud de mi niño.

En el caso de que no se me pueda contactar durante una emergencia, yo autorizo a la enfermera del campamento o a cualquier otro administrador adulto del campamento actuar en mi nombre para consentir a tratamiento médico o dental o cuidado de mi niño en el campamento según el Código de Familia de California sección 6910. Asimismo, autorizo al personal del campamento de verano para recibir la custodia de mi niño al termino de dicho tratamiento. Entiendo que el Campamento de la Sociedad de San Vicente de Paul se basa en la veracidad del historial clínico que he proporcionado de mi niño en caso de que mi niño requiera atención medica de la enfermera del campamento u otro proveedor. Yo doy permiso al campamento para administrar y recetar medicamentos y ofrecer, buscar y consentir tratamiento médico de rutina en caso de una emergencia.

**TRANSPORTACION**

Yo, entiendo y estoy de acuerdo que bajo cualquier circunstancia incluyendo enfermedad, nostalgia por el hogar o dificultades de comportamiento, si se llegara a la necesidad de regresar al niño / niña del campamento de verano de la Sociedad de San Vicente de Paul, antes de que termine la sesión, yo me hago responsable de trasladar a mi hijo / hija de regreso a casa, si yo no puedo recoger a mi hijo / hija inmediatamente yo estoy de acuerdo pagarle a la Sociedad de San Vicente de Paul, la cantidad de \$150.00 por la transportación de regreso antes de que termine la sesión del campamento de verano.

**POLIZA DE REEMBOLSO**

Todos los depósitos (pagos) son no reembolsables ni transferibles, en caso de que el niño / niña, sienta nostalgia por el hogar, retirese voluntariamente, involuntariamente (por mal comportamiento) o cancelación por emergencia el pago por el servicio del campamento no será devuelto. Cualquier cancelación o cambios de registro deben ser hechos por escrito, si el excursionista no se presenta el día de partida hacia el campamento sin previo aviso el pago no se devolverá.

**POLIZA PARA HACER CAMBIOS DEL PROGRAMA**

Toda solicitud para hacer cambios en las sesiones preferidas debe hacerse con un mínimo de dos (2) semanas antes de la fecha de salida. Si usted no notifica a la oficina de administración del Campamento a más tardar dos (2) semanas antes de la fecha de salida se le puede cobrar una cuota adicional de \$75.00

**LIBERACION DE RESPONSABILIDAD**

A pesar de que la seguridad de todos los excursionistas es la preocupación primordial del campamento de verano de la Sociedad de San Vicente de Paul, entiendo que al participar en cualquier campamento de verano, esto implica actividades recreativas al aire libre que en ocasiones podrían presentar cierto riesgo de lesiones, entendiendo estos riesgos y estando al tanto de ellos, opto por inscribir a mi hijo / hija a participar en esta sesión de campamento de verano, y por lo tanto en mi nombre y en el de mi hijo / hija, asumo el riesgo de cualquier lesión o enfermedad debido a cualquier causa durante esta sesión.

Además, estoy de acuerdo en renunciar a la libertad y el derecho de presentar una reclamación contra el campamento de verano o de sus organizaciones afiliadas incluyendo patrocinadores de becas de campamento o en contra de cualquier empleado o agentes de esta organización, en caso de que se derive cualquier causa de reclamo.

Del mismo modo, yo doy mi permiso a que mi hijo / hija que participe en todas las actividades del campamento sin limitar e incluyendo, senderismo, natación, piragüismo, repele, cuerdas bajas cursos, trepar muros y tiro al arco. Además, doy mi consentimiento de usar la imagen de mi hijo / hija con fines promocionales, en folletos, videos y en páginas organizales de la red del Internet. Yo renuncio reclamos por compensación por uso o danos. Como padre o tutor legal del excursionista mencionado el cual ha firmado este formulario, he leído lo anterior y la liberación de responsabilidad y entiendo que constituye en un contrato vinculante, incluido la obligación de pagar los honorarios de acuerdo a los periodos de sesiones del campamento.

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_