Logo, company name

Description automatically generatedText, letter

Description automatically generatedText

Description automatically generated with medium confidenceShape

Description automatically generated with medium confidenceA picture containing logo

Description automatically generated

**2023**



Virtual y en persona

Camp Superstuff

Paquete de registro

**Patrocinadores y socios:**

1469 Park Ave., San Jose, CA 95126

Phone: (408) 998-5865

Fax: (408) 998-0578

[www.lungsrus.org](http://www.lungsrus.org)

Ayudando a los niños a manejar su asma…

Estimados padres:

Bienvenidos al campamento "híbrido" de asma **Camp Superstuff** de Breathe California. Nosotros – el personal y voluntarios – estamos comprometidos a continuar la tradición de excelencia que nos ha brindado reconocimiento nacional entre los programas y servicios de asma y alergias. Cuando se inscribe en nuestro campamento, se inscribe en un programa de comunidad que da la primera prioridad a la educación de su niño/a. El campamento **Camp Superstuff** está diseñado para los niños con asma entre 6 a 12 años de edad y utiliza personal entrenado a enseñar las técnicas importantes de cómo manejar el asma y las alergias, éstas incluyen:

- Entendimiento de los diferentes aspectos del manejo del asma

- Reconocimiento de los desencadenantes del asma y las alergias, y las señales de

advertencia de ataques asmáticos.

- Conocimiento sobre cómo y cuándo tomar los medicamentos recetados

- Aprendizaje de cómo mantenerse activo con asma y alergias

Además de ofrecer un ambiente de apoyo educativo, Camp Superstuff da la oportunidad de participar en actividades por reuniones "híbrido" este año: en persona y por virtual. Hay oportunidades para su niño/a por participar en actividades virtuales, como clases de ejercico (Zumba), artes, y búsquedas de tesoros. Las actividades en persona variarán, pero pueden incluir reunirse y divertirse en centros de entretenimiento para jóvenes, bolos, patinaje sobre hielo o minigolf, y picnics para los participantes y sus familias.

**CUANDO:** Lunes, 24 de julio de 2023–viernes, 28 de julio de 2023

Horario todos los días: **9am-12pm** (aje 6-9)**, 1pm-4pm** (aje 9-12)

**DONDE:** La invitación Virtual (en línea) Zoom se envira después de registrarse.  
Días en persona serán en el centro comunitario Mayfair.  
Paseo a Raging Waters.

**COSTO:** GRATIS para los miembros de SCFHP y Valley Health Plan. Las becas también

están disponibles para otras personas que califiquen. Espacio limitado - ¡Inscríbase hoy!

**Instrucciones para matricularse:**Por favor mande por correo electrónico el formulario complete de matriculación incluyendo la firma del doctor y una copia escaneada de la tarjeta de seguro médico de su hijo a **Kirandeep Kaur** at [**kiran@lungsrus.org**](mailto:kiran@lungsrus.org), o regresa a Breathe California, 1469 Park Avenue, San Jose, CA 95126 por correo o en persona.

**Orientación Obligatoria para Padres:**Viernes 18 de julio, 6:30-7:30 será en el Centro Comunitario Mayfair, 2039 Kammerer Ave, San José, 95116. Los alentamos a traer a su(s) futuro(s) campista(s). Si usted no nos ha enviado su aplicación y la información de la aseguranza de su campista por correo electrónico, favor de traerla a la junta de orientación.

Para obtener más información, comuníquese con **Kirandeep Kaur** al (503) 884-7896 o envíe un correo electrónico a [**kiran@lungsrus.org**](mailto:kiran@lungsrus.org). También puede visitar nuestro sitio web en [www.lungsrus.org/asthma-summer-camp-superstuff](http://www.lungsrus.org/asthma-summer-camp-superstuff) para más actualizaciones del campamento. El espacio es limitado - regístrese temprano!

Sinceramente,

**Kirandeep Kaur**

Supervisor de Superstuff Camp

**PLEASE PRINT CLEARLY/ POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

**TO BE COMPLETED BY CAMPER'S PARENT OR GUARDIAN**

**PARA SER RELLENADO POR PADRE/MADRE O TUTOR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAMPER/CHILD INFORMATION/INFORMACIÓN DEL CAMPISTA/ NIÑO/A** | | | | | |
| Name/Nombre: | | | Date of Birth/Fecha de nacimiento: | | Age/Edad: |
| Sex/Sexo: | Height/Estatura: ft./pies inches/pulgadas | Weight/Peso (in pounds/en libras): | | Grade in the Fall/Grado de escuela en el otoño: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHILD'S T-SHIRT SIZE (check one box)**  **TALLA DE CAMISA DEL NIÑO/A (círcule una)** | | | |
| 6-8 (Small/Pequeña): | 10 (Medium/Mediana): | 12 (Large/Grande): | Adult Small/Chica adulta: |
| Adult Medium/Mediana adulta: | Adult Large/Adulta grande: | Adult X-Large/Extra grande adulta: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FIRST PARENT/GUARDIAN INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PRIMER PADRE/GUARDIAN** | | | | | |
| Name/Nombre: | | | | | |
| Home Phone/Teléfono de casa: ( ) | | | Work Phone/Teléfono de trabajo: ( ) | | |
| Mobile Phone/Teléfono celular: ( ) | | | E-mail/Correo electrónico: | | |
| Relationship to Camper/Child / Relación con el campista / niño: | | |
| **SECOND PARENT/GUARDIAN INFORMATION /INFORMACIÓN DEL SEGUNDO PADRE/GUARDIAN** | | | | | |
| Is there a second parent/legal guardian in this household? ¿Hay un segundo padre o tutor legal en este hogar? | | | | | |
| Name/Nombre: | | | | | |
| Relation to camper/child: | | | | | |
| Home Phone/Teléfono de casa: ( ) | | | E-mail/Correo electrónico: | | |
| How did you hear about this camp? ¿Cómo supo de este campamento? | | | | | |
|  | | |
| **PRIMARY HOUSEHOLD INFORMATION/INFORMACION PRINCIPAL DEL HOGAR** | | | | | |
| Primary Home Address/Primary Home Dirección: | Street Address Line 2/Dirección de la calle Línea 2: | | | City/Ciudad: | |
| State/Province / Estado / Provincia: | Postal/Zip Code / Código Postal: | | | Country/País: | |
| Child/Camper lives with / El niño / campista vive con:  Child/camper has any siblings? Indicate how many / ¿El niño / campista tiene algún hermano? (Indique cuántos): | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHYSICIAN/INSURANCE INFORMATION/MÉDICO/ INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO** | | | | | |
| Name of Child's Primary Physician/Nombre del médico del niño/a: | | | | | Phone/ Número de teléfono: ( ) |
| Address/Dirección: | City/Ciudad: | | | State/Estado: | Zip Code/Código postal: |
| Name of Child's Asthma Physician/Nombre del médico de “asma” del niño/a: | | | | | Phone/Número de teléfono: ( ) |
| Address/Dirección: | | City/Ciudad: | | State/Estado: | Zip Code/Código postal: |
| Name of Health Insurance Plan/Nombre del seguro médico: | | | Policy or Group #/Número de grupo o número de póliza: | | |

|  |
| --- |
| **ASTHMA HISTORY/HISTORIAL DE ASMA** |
| In the past year, how many times did your child need to: (write the number of times)  En el año pasado, cuántas veces su hijo/a tuvo que: (escriba el número de veces)  1. Stay home from school because of asthma?/ ¿No asistir a la escuela debido al asma? # of times/número de veces:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Be taken to the doctor's office because of asthma? / ¿Tuvo que ver sido llevado al médico por el asma? # of times/número de veces:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Be taken to the emergency due to asthma? / ¿Ver sido llevado a la sala de emergencias por el asma? # of times /número de veces:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Be hospitalized because of asthma? / ¿Tuvo que ser hospitalizado por el asma? # of times/ número de veces:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Has your child ever been in an intensive care unit for asthma? / ¿Ha estado su hijo/a bajo cuidado intensivo debido al asma?  Yes/Sí |
| How many nights during the week (Sun. through Sat.) does your child wake up because of asthma or coughing? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cuántas noches durante la semana (domingo al sábado) se levanta su hijo/a debido al asma o por toser? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Who is responsible for giving your child asthma medication at home? (circle one)  En el hogar ¿Quién está responsable de administrar los medicamentos de asma a su hijo/a? (marque uno) |
| How much does your child's asthma interfere with exercise? (circle one)  ¿Cuánto interfiere el asma con el ejercicio en su hijo/a,? (marque uno) |

**ADDITIONAL CAMPER INFORMATION/MÁS INFORMACIÓN DEL NIÑO/A**

Su hijo/a tendrá una experiencia saludable, divertida y educativa en nuestro campamento. Esta información le ayudará a que los

consejeros hagan del campamento lo mejor para su hijo/a. Por favor sea lo más específico posible.

|  |  |
| --- | --- |
| **ASTHMA EDUCATION/EDUCACIÓN DE ASMA** | |
| Has your child attended classes or educational programs about asthma?  ¿Ha asistido su hijo/a a cursos o programas educativos sobre el asma? Yes/Sí | |
| If so, when/Si contestó “sí”, indique cuándo: | Where/Dónde: |

|  |
| --- |
| **PREVIOUS CAMP EXPERIENCES/EXPERIENCIAS PREVIAS DE CAMPAMENTO** |
| Has your child attended a camp before/ ¿Ha asistido su hijo/a a algún campamento antes? |

**FORMA DE AUTORIZACIÓN DE PADRES**

Para que su hijo/a pueda participar en las actividades del campamento, un padre/una madre o tutor necesita completar y firmar la solicitud y forma de autorización.

**AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFÍAS Y ENTREVISTAS**

Para poder hacer el campamento de asma lo mejor que se pueda y para obtener apoyo financiero y voluntario, es necesario promover el campamento con fotografías y testimonios de los participantes en periódicos, televisión, radio y negocios. Le pedimos que firme esta autorización por parte de su hijo/a, brindando a Breathe California permiso de usar fotografías y testimonios para uso promocional del campamento.

**EXTENCIÓN VOLUNTARIA DE UN DERECHO, PRIVILEGIO, O VENTAJA**

El historial médico es correcto, al mejor de mi conocimiento, y la persona en la solicitud tiene el permiso de participar en todas las actividades del campamento, menos las que le haya prohibido su médico o yo. Cada persona que participa en cualquier actividad del campamento acepta el riesgo y la responsabilidad legal de lastimaduras, pérdida, o daño a la persona o propiedad debido al riesgo de las actividades del campamento. Yo o mi hijo/a estamos de acuerdo que informáremos a los consejeros del campamento de cualquier condición física, mental o médica que puede afectar la abilidad de que el niño/a participe o que puede afectar la abilidad de que otras personas participen. Estoy de acuerdo de no acusar a Breathe California, el campamento, sus directores, oficiales, empleados, agentes y/o asociados y cualquier instalación o empleado de las instalaciones donde se llevan a cabo eventos fuera del sitio de cualquier accidente, daño, pérdida o cualquier daño a propiedad que pueda ocurrir durante el campamento, incluyendo cualquier transporte necesario.

**Firma de padre/madre/tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está permitido para participar en actividades recreativas como nadar o correr que están  
 *Nombre del Paciente*

incluidos en el plan de estudios del campamento de asma.

**Firma del medico** **Fecha**

También se puede proporcionar por correo electrónico, fax o una llamada telefónica a Kiran al 408.998.5865