Text

Description automatically generated with medium confidenceA group of colorful dots

Description automatically generatedA cartoon of a child in a swimsuit

Description automatically generatedA child and child jumping with their hands up

Description automatically generatedA cartoon of a child wearing a swimsuit and holding a red float

Description automatically generatedA logo with text overlay

Description automatically generatedLogo, company name

Description automatically generatedText, letter

Description automatically generatedShape

Description automatically generated with medium confidenceA picture containing logo

Description automatically generated

1469 Park Ave., San Jose, CA 95126

Phone: (408) 998-5865

Fax: (408) 998-0578

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

**Patrocinadores y socios:**

Ayudando a los niños a manejar su asma…

Camp Superstuff

Paquete de registro

**2024**

Estimados padres:

Bienvenidos al campamento 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

Este verano, Breathe California tendrá el evento Camp Supersruff en persona. Además de ofrecer un ambiente de apoyo educativo, también proveemos a los niños con una variedad de actividades en las que podrán participar, como clases de ejercicio (Zumba), artes y manualidades, y búsquedas de tesoros. Las actividades pueden variar, pero pueden incluir reunirse y divertirse en centros de entretenimiento para jóvenes, boliche, patinaje sobre hielo o minigolf, y picnics para los participantes y sus familias.

**CUANDO:** Lunes, 29 de julio de 20234–viernes, 2 de agosto de 2024

Horario todos los días: **9am-5pm**

**DONDE:** Mayfair Community Center  
2039 Kammerer Avenue, San José, CA 95112  
Excursiones: patinaje sobre hielo, picnic, 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 **Kiran 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, 5:00-8:30 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 **Kiran 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,

**Kiran 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 LLENADO 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/Dirección del Hogar Primario: | 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 es 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 habilidad de que el niño/a participe o que puede afectar la habilidad 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 (503) 884-7896