

## Formularios de inscripción Campamento Diabetes Safari 2010

*página 1 de 13*

[Main page](#) / [Página principal](#)  
Telephones / Teléfonos: + (34) 977 218 822  
+ (52) (55) 5510 9830

Todos los 7 formularios necesarios para inscripción en el Campamento Diabetes Safari 2010 se encuentran a continuación.

Los 7 formularios diferentes deberán imprimirse, llenarse a mano, firmarse y enviarse a la dirección indicada. Copias enviadas por correo electrónico y copias sin firmas no podrán ser aceptadas.

Los formularios necesarios para la inscripción de cada Campista incluyen:

1. Esta hoja, con indicación de su pago total o parcial (*página 1*)
2. Solicitud de inscripción y datos para poder comunicarse con los padres (*páginas 2 - 3*)
3. Foto (*de cara*) del Campista, sólo si asiste al Campamento por primera vez
4. Información personal del Campista (*página 4*)
5. Información acerca del manejo y automanejo de la DM1 (*páginas 5 - 7*)
6. Reporte médico (*páginas 8 - 9*)
7. Formulario de autorización y acuerdo legales (*páginas 10 - 12*)
8. Reglas y Contrato de Conducta para el Campista (*página 13*)
9. Copia de ficha de depósito (sellada por el banco HSBC, en caso de pago por depósito bancario)

Enviar una sola copia (impresa o fotocopiada) de los formularios (más una foto anexa de cara del Campista, si asiste al Campamento por primera vez) y una copia u original de la ficha de depósito bancario al:

### **Correspondencia por correo:**

Dr. Stan De Loach  
Apartado Postal 20 Bis  
Colonia Centro  
06002 México 1, Distrito Federal  
MEXICO

### **Entrega por mensajería:**

Dr. Stan De Loach  
(Atención: Srta. Rebeca o Srta. Olga, tienda La Primavera)  
Eje Central Lázaro Cárdenas 71 – P. B.  
(entre Ayuntamiento y Puente de Peredo)  
Colonia Centro, Delegación Cuauhtemoc  
06070 México 1, Distrito Federal, MEXICO  
(Teléfono: [01 55] 5510 9830)

**Costo total** del Campamento Diabetes Safari 2010 es: **2600 pesos mexicanos ó 225 U. S. dólares.** El mismo costo aplica para Campistas de cualquier país.

Anote la **cantidad** que está pagando para inscribir al Campista: \$ \_\_\_\_\_

(el mínimo depósito es de 1300 pesos mexicanos ó \$125 U. S. dólares, sin excepción.), o

Anote la **cantidad** que dejaron a cuenta en 2009 para este Campamento 2010: \$ \_\_\_\_\_

Saldo \$ \_\_\_\_\_ a pagar antes del 15 de abril de 2010.

**Fecha límite** para la recepción de la **solicitud de inscripción** y el **saldo total** del costo de la inscripción es el 15 de abril de 2010, sin excepción.

Se puede pagar en **efectivo** o por **depósito bancario** a cuenta # 06106282875 del Banco HSBC a nombre de "Dr. Stan De Loach"

En caso de cancelación **antes** del 15 de abril de 2010, se retiene del reembolso de lo pagado un cargo administrativo de 1200 pesos mexicanos ó 100 U. S. dólares, sin excepción.

En caso de cancelación **a partir del 15 de abril de 2010**, no se reembolsará parcial ni totalmente lo pagado para inscribir al Campista, sin excepción.

Solicitud de inscripción y datos para comunicarse con los padres **página 2 de 13**  
Campamento Diabetes Safari 2010

**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

**Sexo** Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

**Edad** (al 1° de mayo de 2010) \_\_\_\_\_ años

Grado escolar: \_\_\_\_\_ de primaria  
secundaria  
preparatoria

**Fecha del diagnóstico de diabetes** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

¿Es la primera vez que asiste a un campamento para niños y adolescentes con diabetes mellitus?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Si el Campista asiste al Campamento Diabetes Safari por primera vez, anexe una **foto** de cara a esta solicitud, por favor.

**Dirección del Campista**

Calle \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Teléfonos** (del Campista y de sus padres)

Casa (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Correo(s) electrónico(s)** \_\_\_\_\_

**Los que viven en la casa con el Campista...**

Madre sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Padre sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Hermano(s) sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Hermana(s) sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Otro(s) sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

**Padre del Campista**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**Dirección** (sólo si es distinta a la del Campista)

Calle \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Sus teléfonos** (sólo los que son diferentes a los del Campista)

Casa (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Celular (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Trabajo (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Correo(s) electrónico(s)** \_\_\_\_\_

**Madre del Campista**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**Dirección** (sólo si es distinta a la del Campista)

Calle \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Sus teléfonos** (sólo los que son diferentes a los del Campista)

Casa (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Celular (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Trabajo (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Correo(s) electrónico(s)** \_\_\_\_\_

**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

**Idioma preferido** español \_\_\_\_ inglés \_\_\_\_ otro (*especifique, por favor*) \_\_\_\_\_

**El Campista . . .**

**ha pasado la noche en otra casa, separado de su familia**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**moja la cama en la noche**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**es noctámbulo o sonámbulo**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**tiene buen apetito**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**tiene alergia a algún alimento, medicamento o droga**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

**sabe nadar**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**tiene como intereses y pasatiempos**

\_\_\_\_\_

**desea asistir a este Campamento**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ Si no, aclare sus motivos, por favor: \_\_\_\_\_

**tiene algún problema del cual el management del Campamento debería estar enterado**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ Si sí, aclare el problema, por favor: \_\_\_\_\_

**Talla de playera usada por el Campista**

Seleccione sólo **UNO**, por favor:

Niños 6-8

Adultos Chica

Niños 10-12

Adultos Mediana

Niños 14-16

Adultos Grande

Niños 18-20

Adultos Extra-grande

*Si ya seleccionó una talla para el Campamento 2009, recibirá la misma talla en el Campamento 2010.*

**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

El **endocrinólogo** del Campista es

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Última consulta** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**Teléfono** (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

El **pediatra** del Campista es

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Última consulta** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**Teléfono** (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Tipos de insulina humana** que el Campista utiliza **actualmente**

**Nota:** Durante el Campamento, los Campistas y Staff que tienen DM1 utilizarán la insulina **basal glargina/Lantus** y un análogo de insulina **prandial** (típicamente Humalog/lispro)

Lantus (glargina)    sí \_\_\_\_    no \_\_\_\_

Humalog (lispro)    sí \_\_\_\_    no \_\_\_\_

Shorant (glulisina)    sí \_\_\_\_    no \_\_\_\_

NovoRapid (aspart)    sí \_\_\_\_    no \_\_\_\_

Regular (R)    sí \_\_\_\_    no \_\_\_\_

NPH    sí \_\_\_\_    no \_\_\_\_

Otro(s)    sí \_\_\_\_    no \_\_\_\_    ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

**Dosis** de insulina humana aplicadas

Insulina #1: *Tipo y Unidades* /    Insulina #2: *Tipo y Unidades*

Antes del desayuno    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Antes de la comida    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Antes de la cena    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Al acostarse    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Para corregir hiperglucemia (*tipo y unidades*) \_\_\_\_\_

**El Campista . . .**

**se aplica las inyecciones**

sí \_\_\_\_    no \_\_\_\_  
con supervisión \_\_\_\_    sin supervisión \_\_\_\_

Si "no" ¿quién se las aplica? \_\_\_\_\_

**prepara y carga las dosis de insulina para la inyección**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_  
con supervisión \_\_\_\_ sin supervisión \_\_\_\_  
Si "no" ¿quién se las prepara? \_\_\_\_\_

**realiza el automonitoreo para medir los niveles de glucosa en su sangre**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_  
con supervisión \_\_\_\_ sin supervisión \_\_\_\_  
Si "no" ¿quién lo realiza? \_\_\_\_\_

**aplica corrección (dosis complementaria) de insulina cuando su glucosa esté elevada**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_  
Si "sí" ¿cuándo se las aplican? \_\_\_\_\_  
Si "sí" ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**tiene otras condiciones médicas**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ Si sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**toma otros medicamentos (además de la insulina)**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_  
Si "sí" ¿cuáles?  
Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

**padece de hipoglucemia sin síntomas de alarma**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**padece de hipoglucemia severa, con pérdida de conciencia y/o convulsiones**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

¿Qué **rango meta** utilizan el Campista y su familia, para los valores de glucosa en sangre?  
DE \_\_\_\_\_ mg/dL A \_\_\_\_\_ mg/dL

¿Con qué valor de glucosa en sangre se considera que el Campista tiene **hiperglucemia** (**ALTO** nivel de glucosa en sangre)?  
\_\_\_\_\_ mg/dL

¿ Con qué valor de glucosa en sangre se considera que el Campista tiene **hipoglucemia** (**BAJO** nivel de glucosa en sangre)?  
\_\_\_\_\_ mg/dL

Fecha de **última hipoglucemia severa** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

¿Cómo y con qué trata el Campista **los niveles bajos de glucosa en sangre?**

\_\_\_\_\_

**¿Cuáles son los signos personales del Campista de bajos niveles de azúcar (hipoglucemia)?**

hambre	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	diaria
palidez	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	diaria
sudoración	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	diaria
temblor	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	diaria
dolor de cabeza	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	diaria
agresividad	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	diaria
náusea	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	diaria
convulsión	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	diaria
otro: _____	¿Con qué frecuencia? _____				

Fecha de **última convulsión** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado/a por **cetoacidosis** (DKA)? sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

Fecha de **última cetoacidosis** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Fecha de **última hospitalización** por **cetoacidosis** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Motivo de **última hospitalización** \_\_\_\_\_

**¿Tiene plan de alimentación diseñado por médico, Educador en Diabetes Certificado o nutriólogo?**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

Total diario de **calorías** \_\_\_\_\_  
 Número de comidas diarias \_\_\_\_\_  
 Número de colaciones diarias \_\_\_\_\_

Total diario de **carbohidratos** \_\_\_\_\_  
 Carbohidratos **desayuno** \_\_\_\_\_  
 Carbohidratos **comida** \_\_\_\_\_  
 Carbohidratos **cena** \_\_\_\_\_  
 Carbohidratos **colaciones** \_\_\_\_\_

**¿Cómo calcula porciones de los alimentos?**

por peso (*gramos*) sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_  
 por medidas (*taza, cucharada*) sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_  
 por estimación (*visual*) sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_  
 por conteo de carbohidratos sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**¿Cómo califica el nivel de actividad física del Campista?**

Muy activo \_\_\_\_\_ Algo activo \_\_\_\_\_ Generalmente inactivo \_\_\_\_\_

<i>Información confidencial</i>	<b>Doctor:</b> Pedimos que su reporte de revisión médica acompañe la solicitud de inscripción al Campamento para niños y adolescentes con diabetes, tipo 1, de...
---------------------------------	---

**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

**Sexo** Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ años

Peso \_\_\_\_\_ kilogramos

Talla \_\_\_\_\_ centímetros

Tensión arterial \_\_\_\_\_ mmHg

Tiroides	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Ojos	normales	_____	anormales	_____	comentario	_____
Garganta	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Oídos	normales	_____	anormales	_____	comentario	_____
Piel	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Corazón	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Pulmones	normales	_____	anormales	_____	comentario	_____
Abdomen	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Sistema digestivo	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Sistema genitourinario	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Menstruación (♀)	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Funcionamiento neurológico	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____
Funcionamiento psicológico	normal	_____	anormal	_____	comentario	_____

Asma  
sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ comentario \_\_\_\_\_

Epilepsia  
sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ comentario \_\_\_\_\_

¿El Campista ha tenido varicela?  
sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ comentario \_\_\_\_\_

¿El Campista ha sido expuesto a alguna enfermedad contagiosa en el último mes?  
sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido vacuna contra el tétano [toxoiide tetánico (DTaP)] en los últimos 10 años?  
sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ ¿En qué año? \_\_\_\_\_

¿Tiene enfermedad celiaca?

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ ¿Tratamiento? \_\_\_\_\_

**HbA1c** (hemoglobina glucosilada o glicada)

Fecha	(día, mes, año)	_____	_____	_____	Resultado	_____	%
Fecha	(día, mes, año)	_____	_____	_____	Resultado	_____	%
Fecha	(día, mes, año)	_____	_____	_____	Resultado	_____	%

Medicamentos recetados o indicados y actualmente tomados (*sin incluir la insulina*)

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

**NOTA:** Se recomienda una vacuna contra la Hepatitis B, debido a los riesgos de punción accidental con agujas y lancetas usadas en el control de la diabetes mellitus, tipo 1.

**COMENTARIOS:**

Examiné al niño/adolescente y certifico que su estado de salud no es obstáculo para que participe en las actividades del Campamento Diabetes Safari 2010.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre (*letra de molde*) \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono (*códigos LADA = \_\_\_\_\_*) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

(*día, mes, año*) \_\_\_\_\_

**Fecha límite para la recepción de este reporte es el 15 de abril de 2010, sin excepción.**

*¡Gracias por su ayuda!*

Formulario de autorización y acuerdo legales

Campamento Diabetes Safari 2010
Centro Vacacional Oaxtepec
Yautepec, Morelos, México
1 - 4 mayo 2010

CAMPISTA

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Solicito que acepten a mi hijo o hija, \_\_\_\_\_ (nombre), en el Campamento Diabetes Safari 2010 para niños y adolescentes con diabetes mellitus, tipo 1. Doy permiso para que le proporcionen el plan de alimentación, las dosis de insulina(s) y el monitoreo diario de glucosa sanguínea que el Staff profesional del Campamento encargado del cuidado de la diabetes, considere óptimos para promover la normoglucemia. Autorizo cualquier otro chequeo y cuidado que pueda ser médicamente necesario mientras que mi hijo o hija esté participando en el Campamento.

Entiendo que la participación en el programa del Campamento Diabetes Safari 2010 es voluntaria. Estoy enterado de las disposiciones legales que declaran, en parte, que "se considerará que todas las personas que salgan de excursión educativa han desistido de todo reclamo contra el organizador, sus patrocinadores, agentes, proveedores y empleados, por herida, accidente, enfermedad, muerte o acto de omisión ocurridos durante o a causa de la excursión educativa." Mediante la presente Autorización y acuerdo legales y en consideración de que el Campamento Diabetes Safari 2010 permita a mi hijo o hija asistir al mismo, eximo al Campamento Diabetes Safari 2010, sus agentes, proveedores, patrocinadores, donadores, empleados, designados, voluntarios y Staff entero de cualquier y toda responsabilidad, por cualquier motivo, proviniendo de o en conexión con su participación en el mismo.

El Campamento no proporciona cobertura de seguro. Con lo anterior en mente, autorizo a mi hijo o hija a participar en el programa de 4 días, tal como se describe en la página de internet www.diabetes-safari.com y en las páginas relacionadas con ésta, las cuales yo he visto y leído en forma electrónica o impresa. Todas las consecuencias que se deriven de la omisión de información relacionada con la salud, indicaciones médicas o cuidados especiales del Campista, serán bajo la responsabilidad del Campista y sus padres.

El Campamento no proporciona a los Campistas transporte en autobús interurbano, sino que el transporte a y del sitio del Campamento (el Centro Vacacional Oaxtepec) es responsabilidad únicamente de la familia del Campista.

Nosotros personalmente llevaremos al Campista al Campamento Diabetes Safari, el sábado, 1° de mayo de 2010, para que llegue entre las 0800 y 1000 horas

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Si "no" ¿cuál es el arreglo que harán para su llegada puntual?

\_\_\_\_\_

Nosotros personalmente recogeremos al Campista, el martes, 4 de mayo de 2010, entre las 1600 y 1700 horas

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Si "no" ¿cuál es el arreglo que harán para su salida puntual?

\_\_\_\_\_

Estoy enterado o enterada de las políticas establecidas para entregar al Campista el 1° de mayo de 2010, entre las 8 a.m. y las 10 a. m., y para recoger al Campista el 4 de mayo de 2010, entre las 4 p.m. y las 5 p.m., y me acataré a éstas.

Por si fuera imposible localizar o comunicarse con el padre o la madre del Campista, proporciono a continuación los datos de dos (2) personas a quienes el Staff del Campamento Diabetes Safari puede contactar en caso de una urgencia y a quienes el Campista podría ser entregado, si fuera necesario.

Nombre \_\_\_\_\_

¿Su relación al Campista? \_\_\_\_\_

Teléfonos (casa / trabajo) (códigos LADA = \_\_\_\_\_ )  
(celular) (códigos LADA = \_\_\_\_\_ )  
(correo electrónico) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

¿Su relación al Campista? \_\_\_\_\_

Teléfonos (casa / trabajo) (códigos LADA = \_\_\_\_\_ )  
(celular) (códigos LADA = \_\_\_\_\_ )  
(correo electrónico) \_\_\_\_\_

Yo doy plena autorización a los actualmente encargados de la salud de mi hija o hijo (que incluyen, entre otros, a médicos, enfermeras, educadores en diabetes [certificados o no], nutriólogos, psicólogos, psiquiatras, maestros, etcétera) a proporcionar al Staff del Campamento Diabetes Safari 2010 cualquier información relevante a mi hija o hijo y a su salud y tratamiento para cualquier condición médica crónica o aguda, incluyendo la diabetes mellitus, tipo 1.

El Staff del Campamento hace todo esfuerzo por garantizar que la ropa y los artículos personales permanezcan con su dueño. Sin embargo, no acepta responsabilidad por los artículos perdidos, destruidos o robados. Si las condiciones emocionales, psicológicas o de comportamiento del Campista van en perjuicio de la armonía y el desarrollo productivo del evento, o podrían ser dañinas o destructivas para el Campista mismo, el Campista será suspendido. Las violaciones graves de los reglamentos de comportamiento podrán resultar en la expulsión del Campista del programa. En tal caso, a la hora que sea, se contactará a sus padres (o sus alternados) para que vengan inmediatamente al Centro Vacacional Oaxtepec a recoger al Campista y llevárselo a casa.

Para facilitar el tratamiento médico oportuno de mi hija o hijo, necesitado por accidente o por enfermedad, con mi firma autorizo cualquier tratamiento médico o quirúrgico y cualquier examen médico de naturaleza urgente. Con mi firma autorizo al médico seleccionado por los miembros del Directorado del Campamento a pedir rayos X, pruebas rutinarias del laboratorio, apoyo psicológico y otros tratamientos necesarios para la salud del Campista; asimismo, le doy permiso a internar y a recetar inyección, anestesia y/o cirugía.

A pesar de que el Campamento Diabetes Safari 2010 pueda proporcionar insulinas, jeringas, equipo para el monitoreo de glucosa y cetonas sanguíneas y cuidados rutinarios de primeros auxilios necesarios durante el Campamento sin costo para el Campista y su familia, personalmente asumo la responsabilidad de todos los costos asociados con otros tratamientos médicos esenciales previstos o extemporáneos de mi hijo o hija, incluyendo, entre otros, pruebas del laboratorio, rayos X y atención médica o quirúrgica de urgencia en hospital o clínica médica.

Con mi firma en este mismo [Formulario de autorización y acuerdo legales](#), que consiste en tres (3) hojas, autorizo al Staff profesional del Campamento a dar a mi hijo o mi hija cualquier medicamento o medicamentos enviado(s) desde el hogar.

*Medicamentos enviados desde el hogar:*

- Los medicamentos enviados desde el hogar del Campista se dan únicamente con el permiso **por escrito** de los padres.
- Todos estos medicamentos, incluyendo los inhaladores, se mantendrán disponibles durante el día y la noche.
- Todos los medicamentos deben estar en el frasco original de la farmacia y deben estar marcados claramente con el nombre del Campista, el nombre del medicamento e instrucciones de dosis y horario exactos.
- Si se prevé que el Campista pueda requerir de una inyección de adrenalina (como el Ana Kit ó Epi Pen), debido a una reacción alérgica severa, la adrenalina deberá enviarse en la envoltura original y con la etiqueta de la farmacia, el nombre del Campista y las instrucciones completas para su uso.
- Los padres del Campista son responsables de hacer una lista de todos los medicamentos enviados con su hija o hijo al Campamento. Esta lista debe incluir: Nombre del Campista, el nombre del medicamento, la condición para la cual representa un tratamiento, la dosis correcta, el horario específico en que se administra, las indicaciones para su uso y cualesquier instrucciones especiales.

Doy permiso al Staff del Campamento y a los otros Campistas para sacar fotos de mi hijo o hija, y estoy de acuerdo en que tales fotos puedan emplearse, sin o junto con su nombre (es decir, *sin apellidos*) solamente en material impreso y/o publicado en internet para fines publicitarios o para recaudar fondos para apoyar el Campamento Diabetes Safari en años futuros.

He leído, comprendo y estoy de acuerdo con los términos y las condiciones anteriores y, de acuerdo con estos términos y condiciones, autorizo a que el Campista nombrado asista y participe en el programa y todas las actividades del Campamento Diabetes Safari 2010, del 1° al 4 de mayo de 2010, en el Centro Vacacional Oaxtepec, Yautepec, Morelos, México.

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Tutora \_\_\_\_\_

**Con mi firma, aseguro que las respuestas proporcionadas en esta solicitud son correctas y verídicas y que estoy de libre acuerdo y conformidad con las condiciones estipuladas:**

Nombre del **Campista** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Nombre del **padre del Campista** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Nombre de la **madre del Campista** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Mientras que yo sea Campista del Campamento Diabetes Safari 2010 (1 – 4 de mayo de 2010), yo acepto las siguientes reglas y los siguientes comportamientos obligatorios:

- No abandonaré el territorio el Campamento por ninguna razón
- No dañaré física ni emocionalmente a mi persona ni a cualquier otro Campista
- No ocasionaré glucemias extremadamente altas ni bajas, intencionalmente
- No comeré alimentos excepto durante las comidas, las colaciones o cuando sea necesario para la prevención o el tratamiento de la hipoglucemia
- No dañaré ni destruiré el medio ambiente, la propiedad del Centro Vacacional Oaxtepec o la propiedad personal de cualquier otro individuo, ya que familia tendrá que hacerse responsable económicamente del costo de tales daños.
- No realizaré actividades que vayan contra la moral y las buenas costumbres humanas
- No fumaré tabaco ni usaré drogas, bebidas alcohólicas o armas (por ejemplo, pistolas o navajas)
- No me meteré en ninguna piscina ni pasaré cerca de alguna sin que me acompañe por lo menos un miembro adulto del Staff del Campamento
- No engañaré, timaré, estafaré o confundiré a alguien, ni me burlaré de nadie, ni haré comentarios perjudiciales o negativos, de índole racista, religiosa o política, hacia ninguna persona o grupo de personas, presentes o ausentes del Campamento
- No golpearé, ni daré empujones o choques, no acosaré, hostigaré, molestaré ni expondré en peligro a nadie, sea miembro de Staff, Campista, empleado o visitante del Centro Vacacional Oaxtepec
- Entiendo y acepto que si me uno a otra persona que rompa una ó más de estas reglas, a los dos nos expulsarán y deberé abandonar el Campamento
- Entiendo y acepto que si no sigo estas reglas,
  - Seré expulsado del Campamento
  - Mis padres deberán venirme a sacar inmediatamente del Campamento
  - No se devolverá a mis padres ninguna parte del dinero pagado para mi inscripción en el Campamento
  - Arriesgo perder la oportunidad de asistir al Campamento Diabetes Safari en el futuro
- Entiendo que con mi firma en la parte inferior a esta hoja indico mi aceptación de este contrato sobre mi comportamiento durante el Campamento Diabetes Safari 2010.

\_\_\_\_\_  
**Nombre** del Campista

\_\_\_\_\_  
**Firma** del Campista

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Como madre o padre del Campista, he leído y entiendo las reglas de este contrato. Ayudaré a reforzarlas y hacerlas cumplir a mi hijo o hija. He leído y explicado estas reglas a mi hija o hijo, y creo que las comprende. Iré a buscar a mi hijo o hija en caso de que él o ella no cumpla con este contrato.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
**Fecha**