

Los 7 formularios necesarios para inscripción en el Campamento Diabetes Safari 2011 se encuentran a continuación.

Todos los 7 formularios a continuación constituyen la solicitud de inscripción. Deberán imprimirse, llenarse a mano, firmarse y enviarse a la dirección indicada. Copias enviadas por correo electrónico y copias sin firmas (*a mano*) no serán aceptadas.

Los formularios necesarios para la inscripción de cada Campista incluyen:

1. Esta misma 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*) reciente del Campista
4. Información personal del Campista (*página 4*)
5. Datos del manejo y automanejo de hiperglucemia diabética (*páginas 5 - 8*)
6. Reporte médico (*páginas 9 - 10*)
7. Formulario de autorización y acuerdo legales (*páginas 11 - 13*)
8. Reglas y Contrato de Conducta para el Campista (*página 14*)
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 reciente de cara del Campista y una copia u original de la ficha de depósito bancario, al:

Correspondencia por correo: **Entrega por mensajería:**

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

Dr. Stan De Loach
(Atención: Srta. Rebeca)
Eje Central Lázaro Cárdenas 71 – #4
(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 2011 es: **2700 pesos mexicanos ó 230 U. S. Dollars.** El mismo costo aplica para Campistas de cualquier país.

Anote la **cantidad** que está pagando para inscribir al Campista: \$ _____
(el mínimo depósito es de 1350 pesos mexicanos ó \$150 U. S. Dollars, sin excepción,

Saldo de \$ _____ a pagar antes del 1 de abril de 2011.

Fecha límite para la recepción de la **solicitud completa de inscripción** y el **saldo total** del costo de la inscripción es el 1 de abril de 2011, 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 1 de abril de 2010, se retiene del reembolso de lo pagado un cargo administrativo de 1200 pesos mexicanos ó 100 U. S. Dollars, sin excepción.

En caso de cancelación **a partir del 1 de abril de 2011**, no se reembolsará parcial ni totalmente lo pagado para inscribir al Campista, sin excepción.

CAMPISTA

Nombre _____ **Apellidos** _____

Sexo Femenino ____ Masculino ____

Edad (al 27 de abril 2011) _____ 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 _____

En esta página, anexe una **foto** reciente de cara del Campista, 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 (código LADA = _____) _____

Celular (código LADA = _____) _____

(código LADA = _____) _____

Trabajo (código 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 (código LADA = _____) _____

Celular (código LADA = _____) _____

(código LADA = _____) _____

Trabajo (código 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 durante 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 Staff del Campamento debería estar enterado

sí ____ no ____ Si sí, aclare el problema, por favor: _____

Talla de playera usada por el Campista

Selecciona UNA SOLA TALLA, por favor:

- | | |
|---------------|------------------------|
| — Niños 6-8 | — Adultos Chica |
| — Niños 10-12 | — Adultos Mediana |
| — Niños 14-16 | — Adultos Grande |
| — Niños 18-20 | — Adultos Extra-grande |

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 = _____) _____

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 el Campista porciones de los alimentos?

por peso (<i>gramos</i>)	sí ____	no ____
por medidas (<i>taza, cucharada</i>)	sí ____	no ____
por estimación (<i>visual</i>)	sí ____	no ____
por conteo de gramos de carbohidratos	sí ____	no ____

¿Cómo califica el nivel de actividad física del Campista?

Muy activo _____ Algo activo _____ Generalmente inactivo _____

Insulina humana o análogo de insulina humana que el Campista utiliza actualmente

Nota: Durante el Campamento, los Campistas utilizarán la insulina basal glargina (Lantus) y un análogo de insulina prandial [lispro (Humalog), por ejemplo]; los que llegan utilizando la bomba de insulina decidirán si seguir durante el Campamento con la bomba o si utilizar inyecciones para control de la glucosa en sangre.

Lantus (glargina)	sí ____	no ____	
Humalog (lispro)	sí ____	no ____	
Shorant (glulisina)	sí ____	no ____	
NovoRapid (aspart)	sí ____	no ____	
Regular (R)	sí ____	no ____	
NPH	sí ____	no ____	
Otra(s)	sí ____	no ____	¿cuál(es)? _____

Dosis de insulina humana aplicadas por inyecciones

	Insulina #1: <i>Tipo y Unidades</i>	/	Insulina #2: <i>Tipo y Unidades</i>
Antes del desayuno	_____	/	_____
Antes de la comida	_____	/	_____
Antes de la cena	_____	/	_____
Al acostarse	_____	/	_____
Para corregir hiperglucemia (<i>tipo y unidades</i>) _____			

Para los Campistas que utilizan una “**bomba de insulina**,” es decir, una **microinfusora de insulina** (inyección continua subcutánea de insulina):

Indiquen, por favor, cuál insulina humana o análogo de insulina humana es la que el Campista utiliza en la bomba:

- regular/Regular _____
- lispro/Humalog _____
- aspart/NovoRapid _____
- glulisina/Shorant _____

Dosis de insulina humana aplicadas con modo de **bomba de insulina**

Hora	Dosis basal	Dosis bolo (<i>comidas</i>)	Dosis corrección
00:00	_____	_____	_____
01:00	_____	_____	_____
02:00	_____	_____	_____
03:00	_____	_____	_____
04:00	_____	_____	_____
05:00	_____	_____	_____
06:00	_____	_____	_____
07:00	_____	_____	_____
08:00	_____	_____	_____
09:00	_____	_____	_____
10:00	_____	_____	_____
11:00	_____	_____	_____
12:00	_____	_____	_____
13:00	_____	_____	_____
14:00	_____	_____	_____
15:00	_____	_____	_____
16:00	_____	_____	_____
17:00	_____	_____	_____
18:00	_____	_____	_____
19:00	_____	_____	_____
20:00	_____	_____	_____
21:00	_____	_____	_____
22:00	_____	_____	_____
23:00	_____	_____	_____

<i>Información confidencial</i>	Doctor: 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 _____

¿Tiene enfermedad celíaca?
sí ___ no ___ ¿Tratamiento? _____

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

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

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 2011.

Firma _____

Nombre (*letra de molde*) _____

Especialidad _____

Dirección _____

Teléfono (*código LADA = _____*) _____

Correo electrónico _____

(*día, mes, año*) _____

Fecha límite para la recepción de este reporte es el 1 de abril de 2011, sin excepción.

¡Gracias por su ayuda!

CAMPISTA

Nombre _____ **Apellidos** _____

Solicito que acepten a mi hijo o hija, _____ (*nombre*), en el Campamento Diabetes Safari 2011 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 normogluemia. 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 2011 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 2011 permita a mi hijo o hija asistir al mismo, eximo al Campamento Diabetes Safari 2011, 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 miércoles, 27 de abril de 2011, 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 sábado, 30 de abril de 2011, entre las 1600 y 1700 horas

sí _____ no _____

Estoy enterado o enterada de las políticas establecidas para entregar al Campista el 27 de abril de 2011, entre las 8 a.m. y las 10 a. m., y para recoger al Campista el 30 de abril de 2011, 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, proporcione 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 2011 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 vengán 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 2011 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 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 2011, del 27 al 30 de abril de 2011, 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 2011 (27 – 30 de abril de 2011), 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 2011.

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