

20 de agosto, 2009

To: Participantes potenciales para el Campamento Familiar de Asma  
From: Melanie Ruvalcaba, Camp Director  
Re: Campamento Familiar de Asma

Adentro encontrara la aplicación para nuestro evento anual del Campamento Familiar de Asma. Este evento va ser llevado acabo el fin de semana de 16-18 de octubre, 2009. Campamento Familiar comienza el viernes por la tarde y terminara el domingo a medio día. El campamento se llevara acabo en Camp Wawona dentro el Parque Nacional de Yosemite y es diseñado para familias para aprender más acerca de gestión de asma al tomar parte en experiencias tradicionales de campamento.

El campamento familiar del asma incluirá talleres educativos para la familia, la oportunidad de hablar con los profesionales de la salud sobre el manejo del asma, también habrá diversión y actividades recreativas que toda la familia puede disfrutar juntos. Las actividades incluirán el tiro con arco, alto/bajo cuerdas, pared de roca, artes y artesanía. También tendremos una fogata y otras actividades divertidas para la familia.

Este campamento está abierto a cualquiera con asma y su familia. Esto será una experiencia bilingüe y está abierto a ambas familias que hablen inglés o español. Si su familia esta interesada en asistir, por favor complete la solicitud y enviarla lo más pronto posible. Aceptamos los campistas en un primer llegado, primer servido base y el campamento se llena rápidamente. Además, sólo las familias que nunca han asistido al Campamento Familiar del Asma serán aceptadas. Lo sentimos pero debido a la escasez de fondos, Yosemite Ridge quisiera extender esta oportunidad a aquellos que no han tenido la oportunidad de hacerlo antes. Luego de la revisión de su solicitud, nuestro personal le confirmará su lugar ha sido reservado por el envío de un "Bienvenido" paquete que incluye las direcciones para el campamento, una lista de lo que va empacar, y otra información importante. También hay una cuota de inscripción no reembolsable de \$25 por familia (a pesar del tamaño de la familia). Esta tarifa cubre: La entrada al Parque de Yosemite, los alojamientos para su familia por dos noches, cuatro comidas (3 el sábado y 1 el domingo), y todas las actividades.

Por favor si tiene alguna pregunta o preocupación llámeme al 559-297-0533 via e-mail al [msue@yosemiteridge.org](mailto:msue@yosemiteridge.org). También puede obtener información sobre nuestro programa en nuestra página de Internet, [www.yosemiteridge.org](http://www.yosemiteridge.org).

**La Lista de verificación de la aplicación:**

\_\_\_\_\_ La aplicación (4 páginas). Debe ser enviada por correo. No hay excepciones.

\_\_\_\_\_ Cuota de inscripción no reembolsable. Extienda un cheque a favor de 'Yosemite Ridge'.

Plazo absoluto para aplicar: 30 de septiembre de 2009



## Aplicación para el Campamento Familiar de Asma 16 – 18 de octubre, 2009

Nombre de Persona Principal para Contactar: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

Escriba todos los miembros de la familia que van a asistir al evento que **tienen** asma, incluyendo los adultos:

1. **Nombre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escriba los medicamentos que esta tomando y cuando los tiene que tomar:

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

Nombre de doctor actualmente: \_\_\_\_\_ Aseguransa: \_\_\_\_\_

Indique si tiene alergias a medicamentos, comidas, animales, o insectos:

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

Por favor indique alguna o otra condición medica: \_\_\_\_\_

2. **Nombre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escriba los medicamentos que esta tomando y cuando los tiene que tomar:

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

Nombre de doctor actualmente: \_\_\_\_\_ Aseguransa: \_\_\_\_\_

Indique si tiene alergias a medicamentos, comidas, animales, o insectos:

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

Por favor indique alguna o otra condición medica: \_\_\_\_\_

3. **Nombre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escriba los medicamentos que esta tomando y cuando los tiene que tomar:

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

Nombre de doctor actualmente: \_\_\_\_\_ Aseguransa: \_\_\_\_\_

Indique si tiene alergias a medicamentos, comidas, animales, o insectos:

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

Por favor indique alguna o otra condición medica: \_\_\_\_\_

4. **Nombre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escriba los medicamentos que esta tomando y cuando los tiene que tomar:

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

Nombre de doctor actualmente: \_\_\_\_\_ Aseguransa: \_\_\_\_\_

Indique si tiene alergias a medicamentos, comidas, animales, o insectos:

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

Escriba todos los nombres de los miembros de la familia **que no tienen asma** incluyendo los adultos. (Por favor use otra pagina si necesita mas espacio)

1. **Nombre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Indique alguna condición médica o medicaciones: \_\_\_\_\_

Indique alergias a medicamentos, comidas, animales, o insectos:

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

2. **Nombre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Indique alguna condición médica o medicaciones: \_\_\_\_\_

Indique alergias a medicamentos, comidas, animales, o insectos:

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

3. **Nombre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Indique alguna condición médica o medicaciones: \_\_\_\_\_

Indique alergias a medicamentos, comidas, animales, o insectos:

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

4. **Nombre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Indique alguna condición médica o medicaciones: \_\_\_\_\_

Indique alergias a medicamentos, comidas, animales, o insectos:

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

En caso de emergencia por favor contacte a: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Yo, aseguro que todas las respuestas que he contestado las he contestado con mi mejor conocimiento y son correctas relacionadas a la historia de salud y la forma de descargo de emergencia. En causa de una emergencia, yo autorizo al personal del Campamento Familiar de Asma que busque o proporcione tratamiento medico para mi o algún miembro de mi familia que yo haiga indicado arriba, y doy permiso que den la información que he escrito al medico personal.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Porque hay limitación de espacios, usted podría ser preguntado que comparta la cabaña con otra familia. Sabe usted de alguna familia que vaya a asistir el campamento y le gustaría compartir una cabaña con ellos? Si es así por favor indique el nombre de las familia aquí:

\_\_\_\_\_

Por favor regrese la aplicación a :

Melanie Ruvalcaba, Camp Director  
Yosemite Ridge  
P.O. Box 5395  
Fresno, CA 93755  
Phone: 559-297-0533



## Autorización de Publicidad

Doy mi consentimiento para que mis hijos/hijas y yo vayamos a ser fotografiados durante el campamento que va tomar acabo el viernes 16 hasta el domingo 18 de octubre de 2009, patrocinado por Yosemite Ridge, con el propósito de documentar la experiencia del campamento. Yo entiendo que las fotos o grabaciones van hacer usadas para publicidad, recaudación de fondos, promoción del campamento, u otros propósitos relacionados. Por favor indique todas las personas que van a asistir al Campamento Familiar de Asma.

---

Nombre Edad

---

Nombre Edad

---

Nombre Edad

---

Nombre Edad

---

Nombre Edad

---

Nombre Edad

---

Firma de padres o guardianes Fecha

---

Firma de padres o guardianes Fecha



## Consentimiento y Acuerdo de Riesgos, Autorización, para Camp Wawona

Todo lo razonable se ha echo de acuerdo para asegura la seguridad de todos los que quieren participar en el curso de cuerdas, el escalamiento de piedras, y el tiro al arco, como sea deseamos informarle que estas actividades no son sin riesgos. Como en cualquier actividad vigorosa el curso de cuerdas, el escalamiento de piedras, y el tiro a el arco tienen riesgos y pueden resultar en fracturas graves hasta la muerte.

Solo debe de participar, o dar autorización para participar después de que ahíja leído la descripción de las actividades que se encuentran al reverso de esta forma. Por favor note que el curso de cuerdas, el escalamiento de piedras, y el tiro a el arco no son actividades requeridas. Si tiene alguna pregunta debe de contactar al coordinador del campamento antes de participar o dar su autorización.

### Contrato de Autorización y Asunción de Acuerdo de Riesgos

Me doy cuenta de que todos los curso de cuerdas, el escalamiento de piedras, y tiro con arco y los programas tienen sus riesgos. Sabiendo esto acepto los riesgos por mi mismo/a y mi familia indicados abajo, y estoy de acuerdo de no culpar ni demandar causa daños, lastimaduras, y costos que se presenten resultando causa la participación en las actividades a Yosemite Ridge, Camp Wawona, Central California Conference, y las organizaciones compatriotas. Ademas estoy de acuerdo en liberar, absolver, y el pacto de no demandar a dichas organizaciones de cualquier y todas las acciones, causas de acción, reclamación o daños y perjuicios, daños en la ley, o los recursos en el capital de cualquier tipo, incluyendo la negligencia de dichas organizaciones. Entiendo que "dichas organizaciones" incluye sus agentes y empleados.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/hija:

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/hija:

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/hija:

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/hija:

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/hija:

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/hija:

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/hija:

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/hija:

\_\_\_\_\_  
Edad