



ÓRDENES MÉDICOS OBLIGATORIOS PARA EL CAMPAMENTO DE VERANO

PO Box AB, Millbrook, NY 12545

Fax: 845-677-5976

Esta página debe ser completada y firmada por el médico de su hijo/a y enviada a Cary antes del 15 de junio.

Nombre del campista: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Tabla 1. Medicamentos estándar sin receta / PRN

Los siguientes medicamentos están disponibles en el campamento y se administrarán a discreción del Director de Salud o su designado, si la aprobación está indicada por el Proveedor de atención médica del campista:

Nombre de la droga	Ruta	Dosificación	Indicaciones	Orden del médico	Comentarios
Ungüento antibiótico	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Cortes / abrasiones superficiales	Si no	
Crema de hidrocortisona	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Reacciones alérgicas (dermatitis de contacto, picaduras de insectos)	Si no	
Crema de primeros auxilios y quemaduras	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Dolor / picazón de cortes menores, quemaduras, raspaduras	Si no	
Solución salina / lavado de ojos	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Polvo / arena / escombros en el ojo	Si no	
Parada de picadura	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Picadura de insecto o contacto con ortiga.	Si no	
Toallitas con alcohol	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Cortes / abrasiones superficiales	Si no	
Tecnu (limpiador de piel)	Actual	Por instrucciones de la etiqueta	Exposición a la hiedra venenosa	Si no	

Tabla 2. Medicamentos recetados: Esto incluye Epi-Pens, Ritalin, inhalador para el asma, etc. Complete con el régimen actual del paciente para los medicamentos programados y PRN.

Nombre de la droga	Ruta	Dosis y horario	Indicaciones	Orden del proveedor de atención médica	Comentarios

Médico: Por favor, complete ambos lados de este formulario y firme la página 2.



Tabla 3. Adicionales medicamentos estándar sin receta / PRN Añada cualquier medicamento de venta libre o de uso ocasional que sea necesario para el campista y que no esté ya incluido en la Tabla 1. Por ejemplo: Benadryl, ibuprofeno, etc.

Nombre de la droga	Ruta	Dosis y horario	Indicaciones	Orden del proveedor de atención médica	Comentarios

Los campistas que toman cualquier medicamento recetado mientras están en el campamento **DEBEN poder auto administrarse el medicamento** bajo la supervisión del Director de Salud del Campamento o su designado. Los directores de los campamentos de salud solo pueden dispensar los medicamentos que figuran en esta lista por el médico del niño.

Registro de inmunización para el campamento de ecología

Nombre del campista: _____ Fecha de nacimiento: _____

Querido Médico: Adjunte el registro de vacunación del niño y firme para autorizar 1) la información sobre la medicación que ha proporcionado y 2) que el registro de vacunación está completo.

Certifico que la lista adjunta de vacunas presentada refleja las vacunas requeridas / recomendadas para las siguientes enfermedades:

Todos los grados (los grado 2 a 12):

- Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td)
- Hepatitis B vaccine
- Measles, Mumps, & Rubella vaccine (MMR)
- Polio vaccine (IPV/OPV)
- Varicella (Chicken Pox) vaccine

Además de las vacunas mencionadas anteriormente, se requieren las siguientes para los alumnos los grados 6 a 12:

- **Los grados 6 a 12:** Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap)
- **Los grados 7 a 12:** Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY)

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____ N° de licencia: _____

Dirección: _____ Firma: _____ Fecha: _____



MANDATORY PHYSICIAN'S ORDERS for SUMMER CAMP

P.O. Box AB, Millbrook, NY 12545

Fax: 845-677-5976

This page must be filled out and signed by your child's Physician and submitted to Cary by June 15.

Camper's Name: _____ DOB: _____

Table 1. Standard Over-the-Counter/PRN Medications

The following medications are available at camp and will be administered at the discretion of the Health Director or Designee, if approval is indicated by the camper's Healthcare Provider:

Drug Name	Route	Dosage	Indications	Physician's Order		Comments
Antibiotic Ointment	Topical	Per label instructions	Superficial cuts/abrasions	Yes	No	
Hydrocortisone Cream	Topical	Per label instructions	Allergic reactions (contact dermatitis, insect bites)	Yes	No	
First Aid & Burn Cream	Topical	Per label instructions	Pain/itching from minor cuts, burns, scrapes	Yes	No	
Saline Solution/Eye Wash	Topical	Per label instructions	Dust/sand/debris in eye	Yes	No	
Sting Stop	Topical	Per label instructions	Insect bite or contact with stinging nettle	Yes	No	
Alcohol Wipes	Topical	Per label instructions	Superficial cuts/abrasions	Yes	No	
Tecnu (skin cleanser)	Topical	Per label instructions	Exposure to poison ivy	Yes	No	

Table 2. Prescription Medications: This includes Epi-Pens, Ritalin, asthma inhaler, etc. Please complete with the patient's current regimen for both scheduled and PRN medications.

Drug Name	Route	Dosage and Schedule	Indications	Health Care Provider Order	Comments

Physician: Please complete both sides of this form and sign the back.



Camper's Name: _____ DOB: _____

Additional Over-the-Counter/PRN Medications: Add any over-the-counter/PRN medications that apply to the camper that are not already covered by Table 1. Examples: Benadryl, ibuprofen, etc.

Drug Name	Route	Dosage and Schedule	Indications	Health Care Provider Order	Comments

Campers taking any prescription medications or additional over the counter/PRN medications while at camp **MUST be able to self-administer the medication** under the supervision of the Camp Health Director/Designee. Camp Health Directors are only permitted to dispense medications that are listed on this form by the child's doctor.

Immunization Record for Ecology Camp

Dear Physician: Please attach an Immunization Record for the child and sign below to authorize 1) the Medication information you provided and 2) the immunization record is complete.

I certify that the attached list of immunizations submitted reflect the required/recommended immunizations for the following diseases:

All grades (2nd through 12th):

- Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td)
- Hepatitis B vaccine
- Measles, Mumps, & Rubella vaccine (MMR)
- Polio vaccine (IPV/OPV)
- Varicella (Chicken Pox) vaccine

In addition to the vaccines listed above, the following are required for grades 6-12:

- **Grades 6-12:** Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap)
- **Grades 7-12:** Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY)

Physician's Name: _____ Phone #: _____ License #: _____

Address: _____ Signature: _____ Date: _____