



Solicitud para campistas 2025

Información del campamento

- Fecha: Del lunes 4 de agosto al viernes 8 de agosto de 2025
- Horario: De 8:30 a. m. a 12:30 p. m.
- Ubicación: First Presbyterian Church of Santa Barbara – 21 E Constance Ave, Santa Barbara, CA 93105
- Para niños que tengan de 6 a 12 años y que ingresen de 1.º a 6.º grado el 1 de septiembre de 2025.
- **Los campistas deben traer su propio almuerzo y botella de agua diariamente.** Se proporcionará un refrigerio apto para alérgicos cada día. Por favor, asegúrese de informarnos sobre cualquier alergia o intolerancia alimentaria en la solicitud adjunta.
- **Se requiere la recomendación médica de cada campista.** Consulte el documento adjunto.

Las solicitudes (incluida la recomendación del médico y la constancia de vacunación) podrán enviarse hasta el 14 de julio de 2025.

Las solicitudes podrán enviarse de las siguientes maneras:

- Correo electrónico: campwheez@sansumclinic.org
- Correo postal: Sansum Clinic Allergy, PO BOX 1200, Santa Barbara, CA 93102-1200

Si tiene alguna pregunta o desea confirmar que se ha recibido su solicitud.

Sinceramente,

Sarah Williams, Directora de Camp Wheez
Sansum Clinic ahora parte de Sutter Health
Correo Electrónico: campwheez@sansumclinic.org
Teléfono: (805) 681-7635, Ext. 1384
Lunes - Viernes: 9 am - 5 pm



Solicitud para campistas 2025

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Escriba sus iniciales al final de cada sección y firme al final de la página.

EXENCIÓN DE PARTICIPACIÓN Y TRATAMIENTO DE URGENCIA

Iniciales aquí _____

En contraprestación por estar autorizado a inscribirme y participar en Camp Wheez, que se celebrará del 4 al 8 de agosto de 2025 con el patrocinio de Sansum Clinic, como padre/tutor eximo a Sansum Clinic y a su organización asociada Sutter Health, junto con sus afiliados, subsidiarios, socios fundadores, médicos, miembros de la junta, fideicomisarios, funcionarios, directores, empleados, agentes, contratistas independientes y voluntarios, de cualquier responsabilidad por daños y perjuicios, lesiones o pérdidas que puedan derivar de la participación en Camp Wheez, incluidos los gastos de transporte necesarios. He repasado las actividades que se organizaron y mi hijo tiene autorización para participar en todas ellas, excepto en las indicadas por escrito por un médico o padre/tutor. Doy permiso al médico del campamento para iniciar y dar cualquier tratamiento necesario, incluido el transporte al centro de urgencias certificado más cercano. Si se requiere hospitalización u otro tratamiento, a mi hijo se le recomendará un médico correspondiente y seré responsable de todos los cuidados y tratamientos.

AUTORIZACIÓN PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS

Iniciales aquí _____

Doy mi consentimiento y autorización para que Camp Wheez utilice y reproduzca fotografías o videos de mi hijo que se tomen durante su participación en Camp Wheez, así como comentarios por escrito que haga mi hijo o se hagan sobre mi hijo en relación con Camp Wheez, con fines promocionales e informativos.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRANSPORTE A CASA

Iniciales aquí _____

Al finalizar el campamento, el personal del campamento puede dejar a mi hijo con la(s) persona(s) designada(s) a continuación. Entiendo que, en ninguna circunstancia, se dejará a mi hijo con ninguna persona que no se especifique a continuación.

Las personas autorizadas para recoger a mi hijo son las siguientes:

1. Nombre del padre, de la madre o del tutor _____ Teléfono _____
2. Nombre del padre, de la madre o del tutor _____ Teléfono _____
3. Otro _____ Relación con el niño _____ Teléfono _____

Comprendo y acepto todo lo anterior.

Firma del padre, de la madre o del tutor

Nombre del padre, de la madre o del tutor (en letra de imprenta)

Fecha



Solicitud para campistas 2025

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Formulario de consentimiento para el estudio de asma de Camp Wheez

Para poder entender mejor el impacto de la educación sobre el asma en la inflamación de las vías respiratorias, este año se llevará a cabo un estudio de investigación en los participantes del campamento.

El estudio constará de una prueba no invasiva de función pulmonar a los participantes, el primer día y el quinto día del campamento. Para hacer la prueba es necesario soplar en un aparato que mide el óxido nítrico exhalado (un marcador de la inflamación en las vías respiratorias). Los participantes aprenden fácilmente esta prueba y eso puede ayudarles con otras pruebas en el consultorio del médico. El informe será publicado pero el nombre de su hijo(a) no se revelará.

Si prefiere que su hijo(a) no participe, marque la casilla “no participar”. Si desea que su hijo(a) participe, marque la casilla “participar” y firme el consentimiento. Optar por no participar, en ninguna circunstancia perjudicará la atención que recibe su hijo durante el campamento.

El Dr. Myron Liebhaber estará disponible para responder a cualquier pregunta o preocupación con respecto a este proyecto de investigación.

Participar: Por este medio otorgo mi consentimiento para que participe mi hijo(a).

No participar: Declino la participación de mi hijo(a).

Firma del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta)

Fecha



Solicitud para campistas 2025

PHYSICIAN REFERRAL (REMISIÓN MÉDICA) – please print clearly

Physician Name _____

Patient Name _____ Date of Birth _____

Date Last Seen _____

Current Medications _____

“Normal” Peak Flow Rate _____

Asthma is: _____ Mild Intermittent _____ Mild Persistent
 _____ Moderate Persistent _____ Severe Persistent

Primary Allergies _____

Other Significant Medical Conditions _____

Although Camp Wheez is medically supervised, your patient will continue to be under your direct medical care.

I would like the above-named patient to be enrolled in Camp Wheez. All breathing and exercise training is to be geared to the patient’s capabilities.

Physician Signature

Date

Physician Name (print)

Phone

Address, City, State, Zip Code

All forms are due by July 14, 2025. Email completed forms to campwheez@sansomclinic.org or mail to Sansum Clinic Allergy, PO BOX 1200, Santa Barbara, CA 93102-1200. Call with any questions or to confirm your form has been received: (805) 681-7635.