



**Sunrise Day Camp – Long Island**

Atención: Registrador del campamento  
11 Neil Court  
Oceanside, NY 11572  
Teléfono: 516-634-4199  
Fax: 516-634-4016  
[registrar@sunriselongisland.org](mailto:registrar@sunriselongisland.org)

Queridos Padre(s)/Tutor(es),

Nos complace informarle que Sunrise Day Camp recibió y procesó el formulario de solicitud inicial para que su(s) hijo/a(s) asistan al campamento durante el verano de 2020.

Adjunto encontrará los formularios necesarios para completar la inscripción de cada niño. Hay un conjunto de formularios para cada niño de su familia que planea asistir al campamento. Tenga en cuenta que todos los formularios deben ser devueltos antes de que su(s) hijo/a(s) sea elegible para asistir al campamento. No necesita devolver todo el paquete a la misma vez. Estaremos encantados de recibir y procesar los formularios individuales a medida que se completen. Sin embargo, necesitaremos que **todos los formularios sean recibidos, procesados y revisados y la inscripción completa, al menos de 3 días antes del primer día de campamento para su(s) hijo/a(s)**. Si su(s) hijo/a(s) asistirán el primer día de campamento, envíe todos los formularios **antes del 1 de junio**.

A continuación se encuentra una lista de verificación de los artículos incluidos que deben **completar, firmar y devolver**:

- Formulario de Salud (**se requiere firma del padre/tutor**)
- Formulario de Contacto y Autorización de Atención de Emergencia (**se requiere la firma del padre/tutor**)
- Formulario Médico con Registro de Vacunas (**se requiere firma del prestador de servicios médicos**)  
\*\*Los campistas que sean médicamente capaces de recibir vacunas deben estar completamente actualizados. Entendemos que no todos nuestros campistas pueden estar completamente inmunizados debido a sus problemas médicos, y aceptaremos una certificación médica para niños en esta categoría.\*\*
- Formulario de Autorización de Medicamentos de Receta (**se requiere una firma del padre/tutor y del prestador de servicios médicos**)
- Formulario Sobre mi Hijo/a (**recomendado**)
- Foto de su hijo/a (**requerido**)

Nota: Sunrise Day Camp requiere una foto de su(s) hijo/a(s) para completar el proceso de registro/inscripción. Esta foto no se compartirá, solo se usa con fines administrativos y se guarda para nuestros registros de la oficina.

Nuestras oficinas le informarán tan pronto como los formularios de su(s) hijo/a(s) hayan sido recibidos y revisados. También le enviaremos recordatorios de los formularios que faltan a medida que nos acerquemos más al primer día que su(s) hijo/a(s) planea asistir.

¡Esperamos saludar a su(s) hijo/a(s) en el campamento este verano!

Sinceramente,

Brielle Brook  
Registradora/coordinadora administrativa  
Sunrise Day Camp – Long Island



# Sunrise Day Camp Formulario de Salud

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES

Sunrise Day Camp – Long Island

Atención: Registrador del campamento

11 Neil Court

Oceanside, NY 11572

Teléfono: 516-634-4199

Fax: 516-634-4016

[registrar@sunriselongisland.org](mailto:registrar@sunriselongisland.org)

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

(Si corresponde) Nombre del psicólogo/psiquiatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

(Si corresponde) Nombre del/a Trabajador/a Social \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Antecedentes médicos (marque todos los que correspondan):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de ciclos menstruales anormales | <input type="checkbox"/> Hospitalización (en los últimos 18 meses)                   |
| <input type="checkbox"/> ADD o ADHD                                   | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia   |
| <input type="checkbox"/> Anorexia o Bulimia                           | <input type="checkbox"/> Problemas articulares (ej. tobillos, rodillas)              |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                                     | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje y/o desarrollo                     |
| <input type="checkbox"/> Espectro autista                             | <input type="checkbox"/> Pediculosis (en los últimos 3 meses)                        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda                         | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar, comer, vestirse y/o ir al baño |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias, coagulación                     | <input type="checkbox"/> Uso de aparatos de ortodoncia en el campamento              |
| <input type="checkbox"/> Yeso o inmovilizador                         | <input type="checkbox"/> Lesiones o enfermedades contagiosas recientes               |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho, mareos y/o desmayos          | <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones                                      |
| <input type="checkbox"/> Diarrea y constipación                       | <input type="checkbox"/> Problemas para respirar y/o respiración sibilante           |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza y migrañas frecuentes      | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel (ej. picazón, urticaria)               |
| <input type="checkbox"/> Anteojos, lentes de contacto o de protección | <input type="checkbox"/> Dispositivos especiales (ej. Puerto, Broviac, V-P Shunt)    |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza                        | <input type="checkbox"/> Cirugía en los últimos 18 meses                             |
| <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo                         | <input type="checkbox"/> Berrinches  |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco/enfermedad del corazón        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                                 | <input type="checkbox"/> Uso de silla de ruedas, andador                             |
| <input type="checkbox"/> VIH  |  |

Para todos los casilleros marcados, por favor explique/describa incluya la fecha si es relevante: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad que su hijo/a no pueda o no debe realizar o debe realizar en forma limitada por cuestiones de salud? (Ejemplos de actividades pueden incluir nadar en una piscina clorada, pasear en bote en un lago, deportes activos y actividades acuáticas en la plataforma de chapoteo)  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño algún cambio de medico en los último 6 meses?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna alergia médica o estacional que conozca?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a asma?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a diabetes?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud recurrente, que no sea cáncer?  Sí  No

Si es así, describa el problema y su tratamiento: \_\_\_\_\_

**El nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nac:** \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo/a alguna cirugía o lesión grave?  Sí  No

Si es así, ¿qué le ocurrió y cuándo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a algún otro problema médico que debamos saber?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Ha salido su hijo/a del país en los últimos 9 meses?  Sí  No

Si es así, ¿a qué país viajó? \_\_\_\_\_ ¿cuándo? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Problemas mentales, emocionales y sociales** (marque todos los que correspondan):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Está yendo al psicólogo o terapeuta                | <input type="checkbox"/> Suspensión escolar/problemas disciplinarios        |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para relacionarse con los demás | <input type="checkbox"/> Amenazas o intentos/gestos/discusiones de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas emocionales o psicológicos         | <input type="checkbox"/> Está trabajando con un especialista en niños       |
| <input type="checkbox"/> Tiene un plan de educación individual (IEP)        | <input type="checkbox"/> Otros problemas mentales, emocionales o sociales   |

Si es así, ¿para qué tipo de soporte? \_\_\_\_\_

Ha hecho terapia o concurrido en grupos de apoyo

Si es así: ¿Ha recibido su hijo/a tratamiento profesional en los últimos 12 meses?  Sí  No

Naturaleza del tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Está tomando medicación por esto?  Sí  No

Si es así, ¿qué medicación toma? \_\_\_\_\_

¿A qué se dirige la medicación? \_\_\_\_\_

¿Cree el médico de su hijo/a que el campamento es una experiencia positiva?  Sí  No  No le he preguntado

¿Existe un régimen de manejo del comportamiento preparado para el campamento?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Si su hijo/a sufriera algún suceso estresante, habría posibles comportamientos reactivos que debemos anticipar?  Sí  No

Si es así, ¿cuáles serían? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Hay algún síntoma físico o relacionado con el comportamiento?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Necesita su hijo atención 1-a-1 en el campamento por alguna razón médica/social/conductual?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio importante en su familia (muerte, divorcio, adopción, abuso, etc.)?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Le preocupa que su hijo/a extrañe su casa y no pueda manejarlo?  Sí  No

**Restricciones dietéticas** (marque todas las que corresponda):

- |  |  |   |   |  |   |  |
|--|--|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta Halal   | <input type="checkbox"/> Dieta kosher  | <input type="checkbox"/> No come lácteos      | <input type="checkbox"/> No come huevos   | <input type="checkbox"/> No come pescado | <input type="checkbox"/> No come gluten | <input type="checkbox"/> No come nueces    |
| <input type="checkbox"/> No come cerdo | <input type="checkbox"/> No come pollo | <input type="checkbox"/> No come carnes rojas | <input type="checkbox"/> No come mariscos | <input type="checkbox"/> No come trigo   | <input type="checkbox"/> Dieta vegana   | <input type="checkbox"/> Dieta vegetariana |

Otro: \_\_\_\_\_ Alergias a los alimentos: \_\_\_\_\_

El nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_

**Medicación**

¿Su hijo/a tomará algún medicamento recetado durante el campamento?  Sí  No

Si es así, por favor complete el **Formulario de Autorización Médica de Recetas**.

Si necesario, ¿se le puede administrar lo siguiente a su hijo/a en el campamento? (Marque lo que se puede):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofeno (Tylenol)           | <input type="checkbox"/> Gotas oftálmicas (Visine)  | <input type="checkbox"/> Loperamida (Immodium)   |
| <input type="checkbox"/> Antieméticos (Ondansetron/Zofran) | <input type="checkbox"/> Hidrocortisona (Cortizone) | <input type="checkbox"/> Mylanta (Maalox/Tums)   |
| <input type="checkbox"/> Bacitracina (Polysporin)          | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil)         | <input type="checkbox"/> Solarcaine (alivio de quemaduras solares), toallitas para picaduras, lidocaína tópica |
| <input type="checkbox"/> Difenhidramina (Benadryl)         |   |  |

**Enfermedades Infecciosas**

¿Cuándo se le hizo la última prueba de tuberculosis a su hijo/a? \_\_\_\_\_

Resultados:  Positivo  Negativo  No probado

¿Ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades?

Fecha aproximada:

- |                  |  |  |
|------------------|--|--|
| Varicela:        | <input type="checkbox"/> Sí (Mes/Año: _____) | <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido |
| Hepatitis A:     | <input type="checkbox"/> Sí (Mes/Año: _____) | <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido |
| Hepatitis B:     | <input type="checkbox"/> Sí (Mes/Año: _____) | <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido |
| Hepatitis C:     | <input type="checkbox"/> Sí (Mes/Año: _____) | <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido |
| Influenza A o B: | <input type="checkbox"/> Sí (Mes/Año: _____) | <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido |
| Sarampión:       | <input type="checkbox"/> Sí (Mes/Año: _____) | <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido |
| Paperas:         | <input type="checkbox"/> Sí (Mes/Año: _____) | <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido |
| Rubeola:         | <input type="checkbox"/> Sí (Mes/Año: _____) | <input type="checkbox"/> Nunca ha tenido |

• Yo autorizo que el campamento brinde, procure y acepte atención médica de rutina y la administración de medicamentos recetados para mi hijo/a si fuera necesario, incluyendo entre otras cosas, radiografías, exámenes de rutina y tratamiento y/u hospitalización. Acepto que miren a todos los registros necesarios para fines de tratamiento, derivación, facturación o seguro médico. Declaro que esta historia clínica es genuina y completa a mi leal saber y entender y que he leído, entiendo y acepto los Términos y Condiciones especificados en este formulario.

Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_

• Yo autorizo que los médicos, enfermeras, prestadores médicos, trabajadores sociales o especialistas puericultores puedan comunicarse con el personal médico y la directora de Sunrise Day Camp, o su designado, con respecto al problema de salud, tratamiento y/o pronosis de mi hijo/a.

Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_

• En caso de que mi hijo/a deba ser hospitalizado durante el año, autorizo al personal médico y terapéutico mencionado arriba a contactarse con la directora de Sunrise Day Camp, o a su designado, para que mi hijo/a pueda participar del programa "Sunshine from Sunrise" y recibir la visita de un representante de Sunrise Day Camp en el hospital. Entiendo que el visitante de Sunrise Day Camp respetará y cumplirá con todos los requisitos de visita establecidos por el hospital y su personal.

Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_

• Mientras mi hijo/a participa en el campamento de Sunrise Day Camp y en los programas que ofrece Sunrise durante todo el año, autorizo además al personal médico del campamento que hablen de cualquier problema médico con la directora de Sunrise Day Camp, su designado o el consejero de mi hijo/a cuando el personal médico considere, a su entera discreción esta comunicación lo mejor para mi niño.

Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_

**Estas autorizaciones se limitan a la fecha firmada a continuación hasta el 1 de julio del año siguiente.**

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Sunrise Day Camp – Long Island  
Atención: Registrador del campamento  
11 Neil Court  
Oceanside, NY 11572  
Teléfono: 516-634-4199  
Fax: 516-634-4016  
[registrar@sunriselongisland.org](mailto:registrar@sunriselongisland.org)

## Autorización para contacto y atención de emergencia

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Este formulario de autorización debe ser llevada por el director, el personal médico, o la persona designada por el director, y se utilizará sólo en el caso de que hemos tratado de contactarlo a usted (el padre /tutor legal) y no hemos podido. Este formulario es solo para uso de emergencia y nunca será utilizado sin antes tratar de ponerse en contacto con usted.

Los contactos de emergencia a continuación tienen por lo menos, 18 años de edad. Los contactos están autorizados para recoger a mi hijo/a en caso de emergencia o a una hora de recogida no programada, y deben presentar prueba de identificación.

En caso de una emergencia, autorizo al médico y a quienes el medico quiera designar como sus asistentes del hospital donde lleven a mi hijo/a, para llevar a cabo cualquier procedimiento u operaciones de emergencia, dar tratamiento y/o administrar anestésicos a mi hijo/a. También doy permiso para que el campamento pueda organizar transporte relacionado.

Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_

Padre/tutor legal #1 \_\_\_\_\_ Padre/tutor legal #2 \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Contacto para emergencias #1 (aparte de los padres) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación al niño \_\_\_\_\_

Contacto para emergencias #2 (aparte de los padres) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación al niño \_\_\_\_\_

Contacto para emergencias #3 (aparte de los padres) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación al niño \_\_\_\_\_

Médico primario \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Estas autorizaciones e información se limitan a la fecha firmada abajo hasta 1 de julio del año que viene:

Nombre del padre/tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Sunrise Day Camp – Long Island  
Atención: Registrador del campamento  
11 Neil Court  
Oceanside, NY 11572  
Teléfono: 516-634-4199  
Fax: 516-634-4016  
[registrar@sunriselongisland.org](mailto:registrar@sunriselongisland.org)

## Acerca de mi hijo/a

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_

¿Ha ido su hijo/a a un campamento anteriormente?  Sí  No

Si es así, ¿a qué campamento y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha participado su hijo/a en actividades de grupo organizadas, actividades de clubs o escolares?  Sí  No

Si es así, ¿dónde y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a entusiasmado por venir al campamento?  Sí  No

Si no lo está, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Por favor, liste las actividades en las que se sobresale su hijo/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, liste las actividades en las que le gustaría que su hijo/a mejore: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué le gusta hacer a su hijo/a en su tiempo libre? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿De qué forma le gustaría que el campamento le ayude a su hijo/a a desarrollar hábitos, habilidades físicas, actitudes sociales, conocimientos, etc.? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Le teme a algo su hijo/a a algo en particular?  Sí  No

Si es así, ¿Qué miedo(s) tiene su hijo/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo maneja su hijo esos miedos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo/a suele hacerse amigos rápidamente?  Sí  No

¿Su hijo/a está más contento cuando está solo o con otros niños?  Solo  Con otros

¿Comparte su hijo/a sus cosas con los demás sin problema?  Sí  No

De vuelta

\*\*Si envía un fax, recuerde mandar **ambos** lados!

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si su hijo/a está enojado o se siente frustrado, ¿qué hace usted para que lo supere? \_\_\_\_\_

¿Le gusta leer a su hijo/a?  Sí  No

Si es así, ¿cuáles son sus libros favoritos? \_\_\_\_\_

¿Le gusta la música a su hijo/a?  Sí  No

¿Le gusta a su hijo/a hacer actividades artísticas?  Sí  No

¿Le gusta bailar a su hijo/a?  Sí  No

¿Le gusta a su hijo/a actuar/ drama?  Sí  No

¿Le gustan a su hijo/a los juegos de tableros grupales o video?  Sí  No

¿Le gustan a su hijo/a los deportes?  Sí  No

¿Toca su hijo/a algún instrumento musical?  Sí  No

Si es así, ¿qué instrumento(s)? \_\_\_\_\_

¿Le interesa a su hijo/a aprender a tocar algún instrumento nuevo?  Sí  No

Si es así, ¿cuál instrumento(s)? \_\_\_\_\_

¿Tiene hermanos su hijo/a?  Sí  No

Si es así, ¿asistirán al campamento?  Sí  No

¿Cómo interactúan los hermanos entre sí? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que deberíamos saber para ayudar a que su hijo/a disfrute del campamento, se sienta cómodo con los demás niños y participe plenamente en nuestro programa de campamento? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Por favor mande el formulario completado a:**

**Sunrise Day Camp – Long Island**

Atención: Registrador del campamento

11 Neil Court

Oceanside, NY 11572

Teléfono: 516-634-4199

Fax: 516-634-4016

[registrar@sunriselongisland.org](mailto:registrar@sunriselongisland.org)



11 Neil Court  
Oceanside, NY 11572  
Phone: 516-634-4199  
Fax: 516-634-4016

## **FOR YOUR CHILD'S MEDICAL PROVIDER**

January 2020

Dear Practitioner,

Please find the Medical Form for you to complete so your patient may attend Sunrise Day Camp. As you know, at Sunrise, we seek to provide a fun-filled summer in a medically safe environment. This requires having a complete medical history on all of our campers. In recent years, at times of medical urgency, we recognized that the forms of certain accepted campers were not thoroughly completed with all pertinent information. As you can imagine, this challenged the campers' safety and we can no longer accept incomplete forms, though signed by you. Therefore, it is imperative that you review and complete the attached in its entirety. All medical forms will be screened, and if incomplete, returned to the family and the child will not be allowed to attend camp.

Please:

- Complete the medical form in its entirety
- Complete the varicella and measles history
- Attach a complete immunization history
- Attach any pertinent forms (such as copies of records or labs)

Thank you for helping your patient attend a spectacular summer at Sunrise Day Camp.

Yours truly,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Mark P. Atlas".

Mark P. Atlas, MD  
Medical Director, Sunrise Association



# Sunrise Day Camp Medical Form with Vaccine Record

Please check one:  
 Child with Cancer     Sibling

TO BE COMPLETED BY ONCOLOGIST OR  
PRIMARY CARE PROVIDER (OR THEIR PA/NP)

DATE OF EXAM MUST BE WITHIN ONE YEAR OF CHILD'S FIRST DAY OF CAMP

Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Child's DOB: \_\_\_\_\_

Date of Most Recent Exam: \_\_\_\_\_

Primary Diagnosis (check all that apply):

Oncologic

Stem Cell Transplant

Well Child (Sibling)

Other Diagnoses (check all that apply):

Seizure Disorder

Asthma

Diagnosis Summary:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date of Initial Diagnosis: \_\_\_\_\_ Date Off Therapy: \_\_\_\_\_ Date of Transplant: \_\_\_\_\_

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_

Devices, if applicable:     Port             Broviac             Ommaya             Shunt

Blood Counts, if applicable:    Date: \_\_\_\_\_    WBC: \_\_\_\_\_    Hgb: \_\_\_\_\_    Platelets: \_\_\_\_\_    ANC: \_\_\_\_\_

Normal Physical Exam

Relevant Physical Exam Findings: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PLEASE ATTACH A PRINTOUT OF ALL IMMUNIZATIONS RECEIVED PRIOR TO THE START OF CAMP**

If no immunization, please state reason: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Varicella: Date of Immunization: \_\_\_\_\_ or Date of Disease: \_\_\_\_\_ or Titer: \_\_\_\_\_

Measles: Date of Immunization: \_\_\_\_\_ or Date of Disease: \_\_\_\_\_ or Titer: \_\_\_\_\_

Tuberculosis: Date of Test: \_\_\_\_\_     Positive     Negative     Not Tested

**Allergies:**

Medical: \_\_\_\_\_    Reaction: \_\_\_\_\_    How Reaction Handled: \_\_\_\_\_

Food: \_\_\_\_\_    Reaction: \_\_\_\_\_    How Reaction Handled: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_    Reaction: \_\_\_\_\_    How Reaction Handled: \_\_\_\_\_

If applicable:

Current Chemotherapy (please include a copy of current chemotherapy roadmap or regimen)

Date of Last Treatment: \_\_\_\_\_     Curative     Palliative

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



OVER



Camper's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Takes medication on a routine basis:  Yes  No

If yes, complete Prescription Medication Authorization Form for medications needed at camp.

If yes, the following medications are taken on a routine basis:

	Drug Name	Dosage	Frequency/Time
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Any medically-prescribed dietary restrictions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Description of any general or ambulation limitations, concerns, or restrictions on camp activities (Samples of camp activities may include swimming in a chlorinated pool, boating on a lake, active sports, splash pad water activity):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have examined the above named child and reviewed the health history and immunization record as well as segments completed by parent/guardian. I hereby verify that the information on the above form and medication administration form is correct. In my opinion, this child is able to participate in Sunrise Day Camp's summer and year-round programs and I believe he/she is capable of engaging in camp activities except as noted.

Signature or Stamp of Oncologist or Primary Care Provider (or their PA/NP): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name of Oncologist or Primary Care Provider (or their PA/NP): \_\_\_\_\_ Hospital Affiliation: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Town/Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Emergency On-Call Number for Oncologist or Primary Care Provider (or their PA/NP), if different from above number: \_\_\_\_\_

FOR SUNRISE DAY CAMP MEDICAL STAFF SCREENING USE ONLY		
Camp Medical Check Needed?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Medical Form Complete?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Immunizations Received?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Varicella / Measles Immune?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Medical Evaluation Complete?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
May Attend Camp?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

**PLEASE MAIL OR FAX ALL COMPLETED FORMS TO (select one):**

**Sunrise Day Camp**  
**Long Island winter office**  
 11 Neil Court  
 Oceanside, NY 11572  
 516-634-4199  
 Fax: 516-634-4016  
[registrar@sunriselongisland.org](mailto:registrar@sunriselongisland.org)

**Sunrise Day Camp**  
**Pearl River winter office**  
 c/o JCC of Mid Westchester  
 999 Wilmot Road  
 Scarsdale, NY 10583  
 914-343-5405  
 Fax: 845-468-7171  
[registrar@sunrisepearlriver.org](mailto:registrar@sunrisepearlriver.org)

**Sunrise Day Camp**  
**Staten Island winter office**  
 c/o JCC of Staten Island  
 1466 Manor Road  
 Staten Island, NY 10314  
 718-475-5119  
 Fax: 718-475-5206  
[dlutzker@siicc.com](mailto:dlutzker@siicc.com)



## AUTORIZACIÓN DE PADRE E PROVEEDOR PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS EN EL CAMPAMENTO

*Sunrise Day Camp pide que todos los medicamentos que se pueden tomar antes o después del día del campamento se administren en el hogar.  
La siguiente información es para medicamentos que se deben administrar durante el día cuando su niño/a esta en el campamento.*

**A. Para ser completado por el padre o tutor legal:**

Yo pido que me hijo/a \_\_\_\_\_ fecha de nac \_\_\_\_\_

Reciba los medicamentos recetados por nuestro prestador de servicios medicos a continuación. El medicamento debe ser proporcionado por mi en el envase original y etiquetado por la farmacia.\*

**Firma del padre/tutor legal** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

\*Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado por la farmacia con las ordines específicas y el nombre de la medicación. Los padres, tutores legales o adultos responsables deben llevar todos los medicamentos al campamento.

**B. To be completed by medical provider:**

I request that my patient, as listed above, receive the following medication:

Diagnosis: \_\_\_\_\_

MEDICATION	DOSAGE	FREQUENCY/ TIME TO BE TAKEN	ROUTE OF ADMINISTRATION

Duration of Treatment: \_\_\_\_\_

Possible Side Effects and Adverse Reactions (if any): \_\_\_\_\_

This patient has a life-threatening condition and requires an:

Asthma inhaler

EpiPen: If yes, please designate: \_\_\_\_ EpiPen Jr. \_\_\_\_ EpiPen (Adult)

**Medical Provider Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Medical Provider Address** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

**Plan reviewed by camp medical staff:**

Medical Staff Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Medical Staff Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PLEASE MAIL OR FAX COMPLETED FORM TO (select one):**

**Sunrise Day Camp – Long Island**

Att: Camp Registrar  
11 Neil Court

Oceanside, NY 11572

516-634-4199 • Fax: 516-634-4016

registrar@sunriselongisland.org

**Sunrise Day Camp – Pearl River**

c/o JCC of Mid Westchester

Att: Camp Registrar

999 Wilmot Road

Scarsdale, NY 10583

914-343-5405 • Fax: 845-468-7171

registrar@sunrisepearlriver.org

**Sunrise Day Camp – Staten Island**

c/o JCC of Staten Island

Att: Camp Registrar

1466 Manor Road

Staten Island, NY 10314

718-475-5119 • Fax: 718-475-5206

dlutzker@sjcc.com

