



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.** Se dará un snack por día.

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, llame al (805) 681-7635.



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

PHYSICIAN REFERRAL – 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@sansumclinic.org or mail to Sansum Clinic Allergy, PO BOX 1200, Santa Barbara, CA 93102-1200. Call with any questions or to confirm your application has been received: (805) 681-7635.