THE MARK VELCOFF, M.D.

ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

Estimados Padres:

¿Qué pensaría si existiera una forma para que su niño pueda aprender las habilidades necesarias para manejar con éxito su asma y no ser nunca más una víctima de esta condición? Salinas Valley Memorial Healthcare System (SVMHS) invita a su niño a aprender esto, solo al asistir al Campamento Anual N.° 36 sobre Asma. Es el único campamento de verano en el condado de Monterey específicamente diseñado para explicar y enseñar a su niño acerca de la enfermedad del asma y realizar este aprendizaje de manera divertida y educativa.

Creemos que los beneficios de este programa patrocinado por Salinas Valley Memorial Healthcare System serán inmediatos y evidentes. Las cinco sesiones diarias educativas están estructuradas sobre nuestro propio libro de actividades, que incluye una explicación completa de los asuntos educativos, las actividades del campamento y una sección de educación para padres. Este programa ha sido muy exitoso con niños y tendrá como resultado un mejor entendimiento del asma, a su vez que una mayor habilidad para tratar los inconvenientes y mantener un nivel de calidad de actividad diaria.

Estamos muy agradecidos por el respaldo de nuestros médicos de SVMHS y la red Children's Miracle Network Hospitals por su ayuda en contar con la disponibilidad para este programa. Usted es elogiado por su interés en esta oportunidad educativa para su niño. Para obtener más información, no dude en comunicarse con SVMHS al 831-759-1890.

¡Esperamos ansiosos esta gran celebración de nuestro Campamento de Asma 36° de Verano y esperamos que su niño pueda participar con nosotros!

Atentamente.

Pete Delgado
Salinas Valley Memorial Healthcare System
Presidente y Director Ejecutivo (CEO)

Salinas Valley Memorial Healthcare System

Children's Miracle Network Hospitals

Salinas Valley Memorial Hospital Foundation

svmh.com/asthmacamp

THE MARK VELCOFF, M.D.

ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

Adjunto se encuentra un paquete de solicitud para el Campamento de Asma 2021 que se llevará a cabo desde el 19 hasta el 23 de julio.

- Hoja de información del Campamento de Asma
- Formularios de inscripción deben ser completados y devueltos
- Formulario de derivación del médico debe ser completado POR EL MÉDICO y devuelto
- Formulario de exención de responsabilidad debe ser completado y devuelto
- Invitación al almuerzo familiar y ceremonia de graduación
- Mapa de escuela Toro Park Elementary
- Forma de Prueba de Control de asma debe ser completado y devuelto
- Tarjeta de contacto de emergencia debe ser completada y devuelta

Espacio es limitado. Es importante que entregue su solicitud de inmediato, a fin de reservar el lugar para su niño en el Campamento de Asma. La derivación del médico puede entregarse en una fecha posterior debido a la disponibilidad del médico.
LA FECHA LÍMITE PARA LA INSCRIPCION ES EL 5 DE JULIO DE 2021.

Se le enviará un acusé de recibo por escrito de su solicitud.

Salinas Valley Memorial Healthcare System

Children's Miracle Network Hospitals

Salinas Valley Memorial Hospital Foundation

svmh.com/asthmacamp

THE MARK VELCOFF, M.D.

ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

hoja informativa

Fechas: Julio 19 - Julio 23, 2021

Edades: 6 - 12 años

Horario:

Lunes: 9:00 am - 3:00 pm
Martes: 9:00 am - 4:00 pm
Miércoles: 9:00 am - 5:00 pm
Jueves: 8:00 am - 4:00 pm
Viernes: 9:00 am - 1:30 pm

La transportación de los niños al campamento es la responsabilidad de los padres. Para la conveniencia de los padres, habrá cuidado de niños disponible antes y después del campamento, comenzando a las 8:00am y terminando a las 5:00pm.

Lugar: Escuela Toro Park Elementary, 22500 Portola Dr., Salinas
Los niños serán transportados en autobús para disfrutar del senderismo.

Cuota: La cuota de $55.00 incluye todo el programa de cinco días. Hay becas disponibles. Si desea ser considerado para una beca, por favor comuníquese con Chatterbox PR al 831-747-7455 o envié un correo electrónico a marci@chatterboxpublicrelations.com

Puede someter pago de dos maneras:

1. Con tarjeta de crédito vía nuestra página web
2. Haga el cheque a nombre de : SVMH Foundation
   En la parte inferior del cheque, escriba: Asthma Camp

Envié el paquete de inscripción por correo electrónico a HealthPromotion@svmh.com o envíelo por correo a la dirección a continuación:

Asthma Camp Registration
SVMHS/Health Promotion Department
450 E. Romie Lane, Salinas, CA 93901

Para más información:

Visite svmh.com/asthmacamp o llame al 831-759-1890.

La supervisión médica estará disponible en el campamento. A continuación, se detalla más información.

THE MARK VELCOFF, M.D.

ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

formulario de inscripción

INFORMACIÓN SERA COMPARTIDA CON CONSEJEROS DEL CAMPAMENTO Y VOLUNTARIOS COMO SEA NECESARIO.

Complete los espacios en blanco y marque las respuestas adecuadas.

Nombre del niño | Fecha de nacimiento | Edad

❏ Varón ❏ Hembra | Altura | Peso | Grado

Dirección | Ciudad | Código postal

Padre/tutor | N.° de teléfono principal | Correo electrónico

Padre/tutor | N.° de teléfono principal | Correo electrónico

AUTORIZACIÓN DEL NIÑO Indique todas las personas autorizadas para recojer a su niño:

Nombre | Parentesco | N.° de teléfono

Nombre | Parentesco | N.° de teléfono

¿Existe alguna persona no autorizada a recojer o a cumunicarse con su niño que el YMCA deba saber?

❏ Sí ❏ No Nombre:

¿Su hijo requerirá atención previa al campamento, a partir de las 8 am? ❏ Sí ❏ No

¿Su hijo requerirá atención después del campamento hasta las 5:00pm? ❏ Sí ❏ No

¿Tiene su hijo necesidades o consideraciones médicas especiales? ❏ Sí ❏ No

SELECCIONE UNO

SELECCIONE EL TAMAÑO DE CAMISA PARA SU NIÑO:

❏ Niño M ❏ Niño G ❏ Adulto M ❏ Adulto G ❏ Adulto XG ❏ Adulto XXG

El apodo del niño: _____

1. ¿A qué edad desarrolló su niño el asma (resuello)? _____

2. ¿Tiene asma alguna otra persona de la familia directa? ❏ Sí ❏ No ¿Si sí, quién? _____

THE MARK VELCOFF, M.D.
ASTHMA CAMP
★ SINCE 1986 ★

formulario de inscripción

3. ¿Qué desencadena la sibilancia de su niño? Marque todo lo que corresponda.
❏ Infecciones ❏ Animales ❏ Polvo ❏ Polen ❏ Moho ❏ Emociones ❏ Ejercicio ❏ Alimentos

Indique otros artículos: _____

_____

4. ¿Su niño respira con dificultad a lo largo del año o solo durante algunos meses? _____

5. ¿Cuántos ataques de asma sufrió su niño en los últimos dos meses? _____

6. ¿Cuántos días de la escuela perdió su niño el año pasado debido al asma o dificultades al respirar?

_____

7. ¿Está su niño en una clase restringida de educación fisica? ❏ Sí ❏ No _____

8. ¿Alguna vez estuvo hospitalizado su niño por el asma? ❏ Sí ❏ No _____

9. Número de hospitalizaciones en los últimos dos años: _____ Última fecha de admisión: _____

10. ¿Cómo describiría los síntomas de su niño? ❏ Presentes solo con ejercicio
❏ Presentes, pero no interfieren con las actividades diarias ❏ Presentes e interfieren de manera intermitente con las actividades y al dormir ❏ Otros, explique: _____

_____

_____

_____

11. Indique todos los medicamentos que toma su niño en la actualidad:

Nombre	Potencia	Veces suministradas
Nombre	Potencia	Veces suministradas
Nombre	Potencia	Veces suministradas

12. ¿Dónde se enteró del Campamento de Asma? (marque todos los que correspondan)
❏ Médico ❏ Televisión/Radio/Publicación ❏ Escuela ❏ Otros: _____

THE MARK VELCOFF, M.D.
ASTHMA CAMP
★ SINCE 1986 ★

formulario de inscripción

13. Se dará pioridad a los campistas que se registren por primera vez:

❏ Este será mi primer año asistiendo.

❏ Este será mi segundo año asistiendo.

❏ Este será mi _____ asistiendo.

Si ha asistido al campamento antes, su nombre será agregado a una lista de espera. El registro en la lista de espera se confirmará antes del 20 de junio según la disponibilidad de espacio.

14. El campamento de asma tiene una política estricta contra el acoso escolar. Durante la educación para padres antes del campamento, todos los padres revisarán la política y deberán firmar y adherirse a la política antes de la fecha del comienzo del campamento.

15. La inscripción al Campamento de Asma está limitada a 30 asistentes.

THE MARK VELCOFF, M.D.

ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

remisión de médico

Name of Child _____ Date of Birth _____

1. Does this child have Asthma? ❑ Yes ❑ No

2. Please list child's asthma RESCUE medications: _____

3. Please list child's asthma CONTROLLER medications: _____ ❑ None

4. List asthma medications taken just prior to exercise: _____ ❑ None

5. List all other medications taken by child: _____ ❑ None

6. List asthma triggers (e.g. upper respiratory infections, exercise, pollen, pets, dust, weather):

7. List all allergies (e.g. medications, foods, insect stings, etc.): _____ ❑ None

8. Other health issues, disabilities or concerns: _____ ❑ None

9. Height: _____ Weight: _____

10. Additional comments: _____

Physician Signature _____ Date _____

Please return form by mail or fax to:

Asthma Camp Registration, SVMHS/Health Promotion Dept., 450 E. Romie Lane, Salinas, CA 93901
Fax: 831-422-1014

svmh.com/asthmacamp

THE MARK VELCOFF, M.D.
ASTHMA CAMP
★ SINCE 1986 ★

exención de responsabilidad

ACUERDO DE EXONERACIÓN, RENUNCIA Y CONSENTIMIENTO

____ Autorizo a mi hijo/a a asistir al campamento The Mark Velcoff, M.D. Asthma Camp en la escuela Toro Park Elementary School en Salinas y a participar en todas las actividades y excursiones del Campamento de Asma. En consideración a la participación de mi hijo/a en The Mark Velcoff, M.D. Asthma Camp, que incluye pero no se limita a la participación en actividades atléticas, clases de ejercicios y programas deportivos, incluido cualquier programa fuera de las instalaciones, entiendo que Salinas Valley Memorial Healthcare System y Salinas Valley Memorial Hospital Foundation no asume ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades que mi hijo/a pueda sufrir como resultado de la afección física de mi hijo/a o que resulte de la participación de mi hijo/a en cualquiera de las actividades mencionadas anteriormente. Autorizo a transportar a mi hijo/a de las actividades básicas del campamento para realizar cualquier actividad especial relacionada con el campamento.

____ En caso de que mi hijo/a se enferme o lesione, autorizo y doy mi consentimiento para realizarle cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental y a recibir atención hospitalaria según se determine necesario y sea proporcionado por personal médico o de la sala de emergencias con licencia bajo la disposición de la ley Medical Practice Act. Se entiende que esta autorización se otorga con anterioridad a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica que se requiera, pero se otorga para dar consentimiento a dicha atención cuando el personal médico del hospital lo considere conveniente.

____ Entiendo que el hospital intentará comunicarse conmigo antes de darle tratamiento a mi hijo/a. Sin embargo, no se suspenderá el tratamiento si no se puede localizarme. Autorizo al hospital a otorgar la custodia física de mi hijo/a a la persona que lo llevó para recibir el tratamiento cuando este termine si yo no estoy presente al momento de la salida de mi hijo/a. Este consentimiento permanecerá en vigor desde el 19 de julio de 2021 hasta el 23 de julio de 2021.

____ Por la presente, yo personalmente y en nombre de mi hijo/a eximo de toda responsabilidad a Salinas Valley Memorial Healthcare System, sus directores, funcionarios, empleados, agentes y voluntarios al igual que Salinas Valley Memorial Hospital Foundation, Inc, sus directores, agentes y voluntarios ("Partes exoneradas") de y en contra de cualquier y todos los reclamos o derechos que puedan tener en el futuro en contra de las Partes exoneradas por lesión, enfermedad, muerte, pérdida o daño directo o indirecto que yo o mi hijo/a podamos sufrir debido a la participación de mi hijo/a en The Mark Velcoff, M.D. Asthma Camp.

____ También doy mi consentimiento y autorizo a Salinas Valley Memorial Healthcare System y a Salinas Valley Memorial Hospital Foundation, Inc a sacarle fotos o permitir que otras personas le saquen fotos a mi hijo/a y utilicen los negativos o impresiones preparados a partir de dichas fotos para los fines que Salinas Valley Memorial Healthcare System y a Salinas Valley Memorial Hospital Foundation, Inc considere apropiados. Por la presente, renuncio a cualquier derecho de compensación por tales usos. Por "foto" se entiende una imagen en movimiento o una foto fija en cualquier formato, así como una cinta de vídeo, un disco de vídeo y cualquier otro medio mecánico de grabación y reproducción de imágenes.

____ Acepto que este Acuerdo de Exoneración, Renuncia y Consentimiento pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permitan las leyes del estado de California y que, si alguna parte se considera inválida, el resto continuará en pleno vigor y efecto legal.

Mi hijo requerirá cuidado antes del campamento a partir de las 8am: ❏ SÍ ❏ NO

Mi hijo requerirá cuidado después del campamento hasta las 5:00pm: ❏ SÍ ❏ NO

_____

Nombre del campista Fecha

_____

Nombre del padre/tutor (en letra imprenta)

_____

Firma del padre/tutor

THE MARK VELCOFF, M.D.

ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

Usted y su familia están invitados
al almuerzo celebratorio

del 36 aniversario del Campamento de Asma 2021 Mark Velcoff, MD del Salinas Valley Memorial Healthcare System

Las festividades comenzarán a las 10:30 a.m.
el viernes, 23 de julio
en la escuela Toro Park Elementary School
22500 Portola Dr., Salinas
Busque el letrero del campamento
Por favor responda antes del lunes, 19 de julio,
llame al 831-759-1890

El personal del Campamento del Asma espera
su participación en nuestra ceremonia final. Ayúdenos a aplaudir
a nuestros niños graduados!

Nota: Su hijo/a deberá ser recogido/a en la escuela
Toro Park Elementary a la 1:00 pm el viernes, 23 de julio.

(No habrá cuidado de niños después del campamento el viernes por la tarde.
Por favor planifique convenientemente.)

Salinas Valley Memorial Healthcare System

Children's Miracle Network Hospitals

Salinas Valley Memorial Hospital Foundation

svmh.com/asthmacamp

THE MARK VELCOFF, M.D.

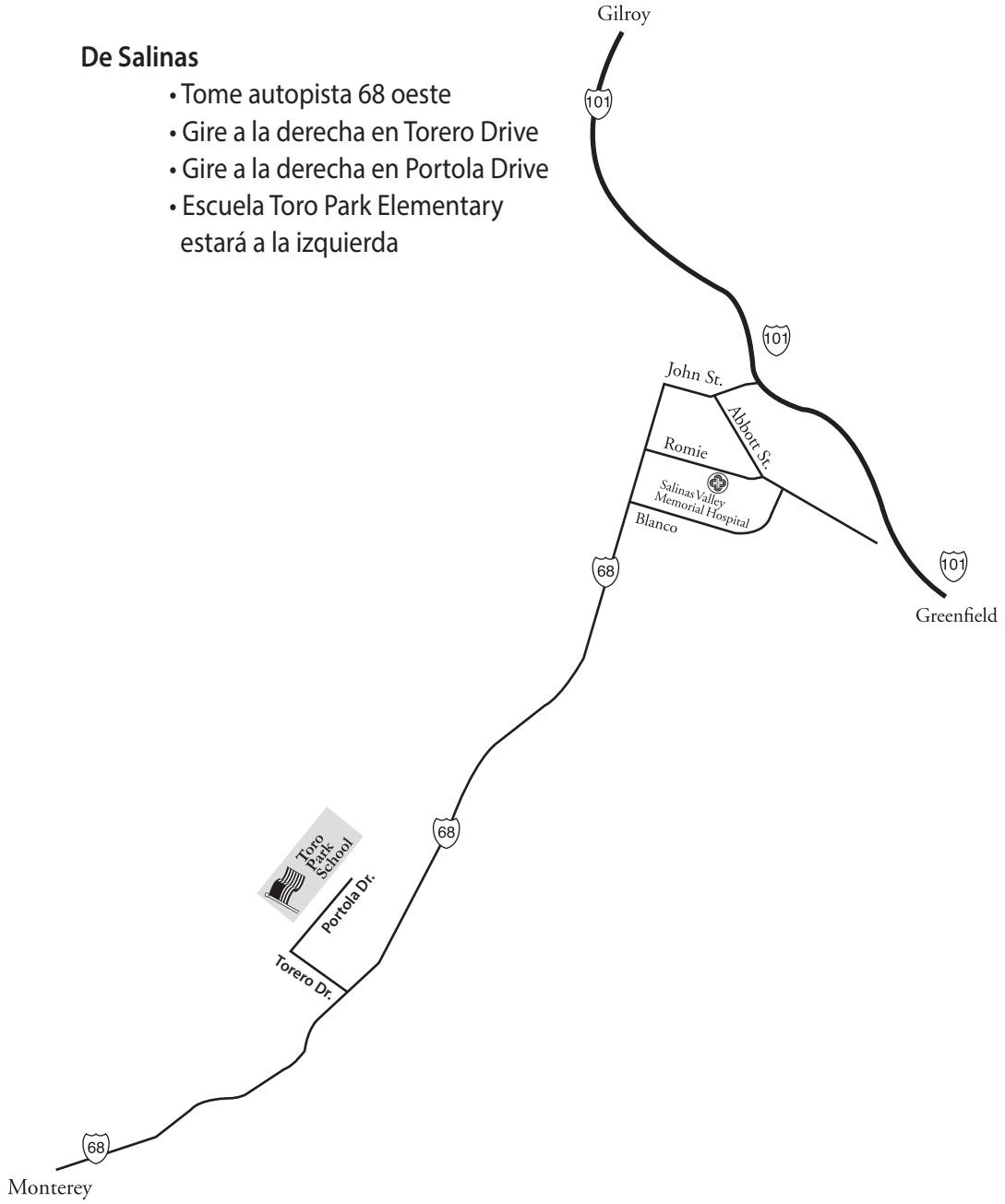
ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

Toro Park Elementary School • 22500 Portola Dr., Salinas
Por favor estaciónese en frente de la escuela. Lleve a su niño detrás de la escuela siguiendo por la calzada. Busque el letrero del Campamento del Asma.

De Salinas

- Tome autopista 68 oeste
- Gire a la derecha en Torero Drive
- Gire a la derecha en Portola Drive
- Escuela Toro Park Elementary estará a la izquierda



svmh.com/asthmacamp

direcciones/mapa

Nombre y apellido
del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Prueba de control del asma de la infancia para niños/as de 4 a 11 años

Esta prueba le dará un puntaje que puede ayudar al médico a evaluar si el tratamiento para el asma de su niño/a está funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiarlo.

Cómo contestar la prueba de control del asma de la infancia

Paso 1 Deje que su niño/a conteste **las primeras cuatro preguntas (de la 1 a la 4)**. Si su niño/a necesita ayuda para leer o entender alguna pregunta, usted puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. Conteste usted las **tres preguntas** restantes **(de la 5 a la 7)** y no permita que las respuestas de su niño/a afecten sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Paso 2 Escriba el número de cada respuesta en el cuadrito de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

Paso 3 Sume cada uno de los puntajes de los cuadritos para obtener el total.

Paso 4 Enseñe la prueba a su médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

19 o menos

Si el puntaje de su niño/a es 19 o menos, puede ser una señal de que el asma de su niño/a no está tan bien controlada como podría estar. Sin importar el resultado, lleve esta prueba a su médico para hablar sobre los resultados de su niño/a.

Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

0	1	2	3	PUNTAJE
Muy mala	Mala	Buena	Muy buena	

2. ¿Qué tan problemática es tu asma cuando corres, haces ejercicio o practicas algún deporte?

0	1	2	3	
Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer.	Es un problema y no me siento bien.	Es un problema pequeño pero está bien.	No es un problema.	

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

0	1	2	3	
Sí, siempre.	Sí, la mayoría del tiempo.	Sí, algo del tiempo.	No, nunca.	

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?

0	1	2	3	
Sí, siempre.	Sí, la mayoría del tiempo.	Sí, algo del tiempo.	No, nunca.	

Por favor conteste usted las siguientes preguntas.

5. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿cuántos días tuvo su niño/a síntomas de asma durante el día?

5	4	3	2	1	0	
Nunca	De 1 a 3 días	De 4 a 10 días	De 11 a 18 días	De 19 a 24 días	Todos los días	

6. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿cuántos días tuvo su niño/a respiración sibilante (un silbido en el pecho) durante el día debido al asma?

5	4	3	2	1	0	
Nunca	De 1 a 3 días	De 4 a 10 días	De 11 a 18 días	De 19 a 24 días	Todos los días	

7. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿cuántos días se despertó su niño/a durante la noche debido al asma?

5	4	3	2	1	0	
Nunca	De 1 a 3 días	De 4 a 10 días	De 11 a 18 días	De 19 a 24 días	Todos los días	

TOTAL

NOMBRE DEL NIÑO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ ❑ MASCULINO ❑ FEMENINO

NOMBRE DE PADRE(S) _____

TELÉFONO PARTICULAR _____ TELÉFONO LABORAL _____ CELULAR _____

DIRECCIÓN _____

INFORMACION DE EMERGENCIA: INDIQUE PERSONAS ALTERNATIVAS PARA PODER LLAMAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

MÉDICO _____ TELÉFONO _____

¿HA ASISTIDO A UN CAMPAMENTO DE VERANO ANTES? ❑ SI ❑ NO (N.° DE) AÑOS _____

MEDICAMENTOS ACTUALES _____

ALERGIAS GRAVES _____ Escriba todos los comentarios adicionales en la parte posterior de esta tarjeta.

THE MARK VELCOFF, M.D.
ASTHMA CAMP
SINCE 1986

THE MARK VELCOFF, M.D.

ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

programa del campamento

Lunes, 19 de julio
Día de Introducción

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura, estaciones y foto de grupo. Repartir camisetas, cuadernos de ejercicios, botellas de agua y bolsas fanny packs.
10:00 - 10:15	Refrigerios
10:15 - 11:30	Orientación
11:30 - 12:30	Almuerzo
12:30 - 2:00	Fútbol, artes, manualidades
2:15 - 2:45	Técnicas de relajación
2:45 - 3:00	Refrigerios, tiempo de reflexión
3:00	Ir a casa

Martes, 20 de julio
Día de Natación

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura, estaciones
10:00 - 10:15	Refrigerios
10:15 - 11:30	Educación de asma
11:45 - 12:30	Almuerzo
12:30 - 1:30	Proyecto de targetas de gracias
1:30 - 2:00	Técnicas de relajación/refrigerios
2:00 - 2:15	Autobus a piscina Titus
2:30 - 3:30	Natación
2:30 - 3:45	Autobus hacia escuela Toro Park Elementary
4:00	Ir a casa

Miércoles, 21 de julio
Día de Senderismo

9:00 - 9:30	Ceremonia de apertura, estaciones
9:30 - 9:45	Refrigerios
9:45 - 11:15	Educación de asma
11:15 - 12:15	Almuerzo
11:45	Ranger Tammy y su serpiente Kolbie se tomarán fotos con nosotros
12:15 - 12:30	Autobus hacia Creekside Trail Head
12:30 - 3:15	Caminata y refrigerios; a continuacion regalo de campista especial y proyecto de diario de la naturaleza con Ranger Tammy
3:15 - 3:45	Autobus hacia escuela Toro Park Elementary
4:00 - 5:00	Cena
5:00	Ir a casa

Jueves, 22 de julio
Día de Natación

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura, estaciones
10:00 - 10:15	Refrigerios
10:15 - 11:30	Educación de asma
11:45 - 12:30	Almuerzo
12:30 - 1:30	Artes y manualidades
1:30 - 2:00	Técnicas de relajación/refrigerios
2:00 - 2:15	Autobus a piscina Titus
2:30 - 3:30	Natación
3:30 - 3:45	Autobus hacia escuela Toro Park Elementary
4:00	Ir a casa

Viernes, 23 de julio
Graduación

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura, estaciones
10:00 - 10:15	Refrigerios
10:15 - 12:00	Olimpiadas de campamento
12:00 - 12:30	Almuerzo familiar
12:30 - 1:30	Graduación/premios
1:30	Campamento concluye/ir a casa