



APLICACIÓN

Cristo Vive International
cristovive.net

Texas: March 9-12, 2019

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del aplicante: _____ Teléfono # _____
 Calle y dirección _____ País _____
 Ciudad _____ Estado _____

Sexo: M.../F Altura: _____ Peso _____ Fecha de Nacimiento: _____
 El aplicante está asistiendo a una escuela? SÍ... NO.... Nivel/grado: _____

Padre/Guardián: _____ Teléfono _____
 Contacto de emergencia, dirección: _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Teléfono de emergencia adicional _____ # _____

El campista ha asistido a Campamentos de Cristo Vive antes? SI _____ / NO _____

II. INFORMACIÓN PERSONAL:

- Por favor describa la discapacidad del aplicante y su extensión o grado de discapacidad

III. MOBILIDAD Y EQUIPO: (Escoja la que aplica a su caso)

<input type="checkbox"/> Camina normal	<input type="checkbox"/> Bastón (s)	<input type="checkbox"/> Caminador
<input type="checkbox"/> Camina despacio	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Camina inestable	<input type="checkbox"/> Fierros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No camina	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas-manual	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas-eléctrica

- Para silla de ruedas,—por favor describa la mejor forma de moverlo/sacarlo, etc.:

IV. **COMUNICACION:** (Por favor marcar lo que aplica)

<input type="checkbox"/> Habla normal	<input type="checkbox"/> NO habla	<input type="checkbox"/> Lenguaje de manos
<input type="checkbox"/> Habla con dificultad	<input type="checkbox"/> Tablero de comunicación	<input type="checkbox"/> Audífonos para ayuda

- Por favor indique cualquier palabra importante o sonidos que use el aplicante para comunicarse:

V. **ARREGLOS PARA DORMIR:**

<input type="checkbox"/> Duerme bien	<input type="checkbox"/> Tiene pesadillas	<input type="checkbox"/> Moja la cama	<input type="checkbox"/> Usa pañal
--------------------------------------	---	---------------------------------------	------------------------------------

- Diga cualquier otro problema al dormir (o preocupación)

VI. **ARREGLOS PARA COMER:**

<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Problema al tragar	<input type="checkbox"/> Buen apetito
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda	<input type="checkbox"/> Usa sorbete	<input type="checkbox"/> Come Normal
<input type="checkbox"/> Necesita darle de comer	<input type="checkbox"/> Necesita cortar la comida	<input type="checkbox"/> Poco Apetito

Indique si tiene alergia a algún alimento. Describa si debe utilizar algún equipo de adaptación para comer:

Tiene **Diabetes** el aplicante? SI/NO... De ser positivo, especifique el tipo:.

<input type="checkbox"/> Utiliza Insulina (envíe el monitor de glucosa)	<input type="checkbox"/> No utiliza-Insulina
---	--

Detalle las restricciones de alimentación:

VII. **CUIDADO PERSONAL E HIGIENE:** (Escoja las que apliquen)

TAREA	No Nec Ayuda	Sí Nec ayuda	Total Asist	Comentarios adicionales
Vestirse				
Bañarse				
Lavar manos				
Cepillar dient				
Serv Higién.				

- Otros datos para el cuidado e higiene personal:

VIII. **PERSONALIDAD Y CONDUCTA:** (Señale la que corresponda)

<input type="checkbox"/> Sociable	<input type="checkbox"/> Amigable	<input type="checkbox"/> Cooperador	<input type="checkbox"/> Ayudador
<input type="checkbox"/> Sensible	<input type="checkbox"/> Agresivo	<input type="checkbox"/> Automaltrato	<input type="checkbox"/> Retraído
<input type="checkbox"/> Extraña la casa	<input type="checkbox"/> Mal genio	<input type="checkbox"/> Tímido	<input type="checkbox"/> Quejumbroso

- Por favor explique lo que ha señalado. Describa cualquier conducta inusual y los métodos que usted utiliza para corregir o lidiar con esa conducta

IX. **INFORMACIÓN SOCIAL:**

- Qué clase de actividades le gustan al aplicante? _____

- Cuáles no le gustan? _____

X. **INFORMACIÓN MÉDICA:**

Doctor del aplicante: _____
Clínica/Hospital: _____ Teléfono _____

Por favor incluya una copia de la tarjeta del seguro médico, si lo tuviere.

Enfermedades que HA TENIDO el Aplicante : (Señale la que corresponda)

<input type="checkbox"/> Rubeola	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina	Gripes frecuentes	<input type="checkbox"/> Dolores de pecho
Infecciones en oídos	Desvanecimientos o desmayos	Erupciones en la piel
Problemas cardíacos	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios

- Explique cualquier enfermedad crónica o recurrente, erupciones, o infecciones:

XI. **Vacunas:** (Señale la que corresponda en indique la fecha de la última aplicación)

<input type="checkbox"/> Tétano/Difteria Fecha:	<input type="checkbox"/> Paperas Fecha:	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B Fecha:
<input type="checkbox"/> Rubeola Fecha:	<input type="checkbox"/> Polio Fecha:	<input type="checkbox"/> Mantoux Test- TB Fecha:

• Es el aplicante un portador activo de la TB ? YES...../NO.....

• Es el aplicante alérgico a:

<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Planta / hierba	<input type="checkbox"/> Latex
--	--	--------------------------------

De ser positivo, por favor describa la reacción y tratamiento:

• Debe el aplicante evitar esfuerzos físicos por razones cardíacas o algún otro problema de salud? SI ____ / NO ____

XII. **Desmayos, ataques y/o convulsiones:** Tiene el aplicante historial de ataques?
SI ____ / NO ____

Si contesta SI, describa un ataque típico, medicación, y precauciones para reducir las molestias iniciales del ataque

XIII. **MEDICACIÓN**

Por favor haga un listado de todos los medicamentos, dosis, frecuencias y razones por las que deben ser tomados:

Por favor coloque la medicina en funditas, o frasco de pastillas con su respectiva etiqueta. Por favor envíe medicina para un día extra en caso de que la medicación se caiga en el piso.. La medicina recetada o no, siempre le será dada por una enfermera profesional..

- Por favor haga un detalle de alergias conocidas a alguna medicina y su reacción:

XIV. CONCLUSION:

- Esta aplicación debe ser completada y firmada antes de ser entregada. Las aplicaciones incompletas no serán procesadas. Creemos que toda la información que usted ha provisto en cada sección de esta aplicación, es muy importante para que la experiencia del campamento sea segura y placentera para su hijo o hija. Gracias por su colaboración.
- En caso de que la tuviere, incluya una copia de la tarjeta del seguro médico del aplicante, así como sus medicinas.

“Certifico haber completado la aplicación para el campamento Cristo Vive. El - la aplicante tiene mi permiso para asistir al campamento que realiza el Ministerio Cristo Vive Internacional.. Cristo Vive International tiene mi autorización para utilizar a la Enfermera o Doctor que designe el Ministerio para algún tratamiento de emergencia que necesitare el aplicante. Información médica proporcionada en esta aplicación puede ser suministrada al doctor tratante..

Nombre del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor _____ **Fecha:** _____

Por favor de regresar esta aplicación y pago a:

Cristo Vive International - RGV Chapter
2011 Bridge Ln, Apt #3
Donna, TX 78537

Cristo Vive International RGV Chapter, 2011 Bridge Ln, Apt #3, Donna, TX 78537
Phone: 956-532-8033 Email: mayralespinal@gmail.com

AUTHORIZATION FOR MEDICAL ATTENTION, MINISTRY ACTIVITY AND WAIVER FOR LIABILITY/ MINORS

Authorization for emergency medical treatment for a minor child.

I, _____ residing at _____
(Guardians name-please print) (Complete address)
am the _____ of _____,
(Father/mother/legal guardian) (Child's full name)
_____ in the event all reasonable attempts to contact me at _____
(Age) (Phone #)
or _____ have been unsuccessful, I hereby give my consent to
(Phone #)

the Director, Cristo Vive International ministries or designated representative to (1) obtain emergency treatment (such as X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care to be rendered to said minor under the general or special supervision and upon the advise of a physician and surgeon licensed in the country of participation to practice such medical care, and (2) the transfer of the minor child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery, unless the medical opinions of two other licensed physicians concur in the necessity of the surgery. I agree to release Cristo Vive International or any of it's designated representatives from all financial responsibility for any medical expense which may be incurred in the event such action needs to be taken as, I either have medical insurance or, I intend to furnish payment at my own expense.

Pertinent facts to which a physician should be alerted, IE: Allergies, Medication being taken; Physical impairments:

PERMISSION FOR A MINOR CHILD TO PARTICIPATE IN THE FOLLOWING ACTIVITIES AND MINISTRY

Travel to and participate in a camp activity for persons with a disability. The child will be a participant at the camp activities.. As a part of this ministry, the child will be conducting physical activity in a camp facility which will include activities such as horseback riding, swimming, running, ball playing, and other typical children's activities normally conducted at summer camps. The child will also be accompanying adults on various trips and activities outside of camp site.

Waiver for Liability. I hereby affirm that I am the lawful guardian, and give my consent for the minor named above to participate in the events described in the application accompanying this form with Cristo Vive International. I am acquainted with CVI ministries. I will not hold this ministry liable or responsible for any injury to my child beyond the limits of my insurance that may be in force and effect, and which provides coverage for injuries such as may happen. I acknowledge that no representations have been made to me about whether such coverage does or does not exist. In the event it does not exist, I understand that I am releasing Cristo Vive International, and any person officially connected with this event from any and all liability for any and all injuries, which my child may receive.

A photo copy of this authorization medical care shall be as valid as the original, and in effect until revoked in writing.

This signed release form signifies my agreement to all of the above:

_____/_____/_____
(Date) (Signature) (Printed name of parent/legal guardian)

Note: Cristo Vive International requires a form for each minor child to be completed and signed by the minor's parent or legal guardian before participation with any event or activity associated with CVI. No minor will be allowed to travel to or participate in any of the ministry functions without having this form completed and signed and in the possession of a designated representative of Cristo Vive International. Thank you for your cooperation.

Cristo Vive International

Cristo Vive International RGV Chapter, 2011 Bridge Ln, Apt #3, Donna, TX 78537
Phone: 956-532-8033 Email: mayralespinal@gmail.com

AUTHORIZATION FOR USE OF PHOTOS

I _____ DO / DO NOT give permission for
(name of parent/legal guardian) (circle one)
Cristo Vive International to use any photographs taken of myself or my child
_____ while participating in activities with
Cristo Vive International.

I agree to allow Cristo Vive International to use these photos for advertising, marketing, publicity and other legal purposes for the ministry of Cristo Vive. Use of these photos will be limited to a period not to exceed five years beyond the date of this release, without prior written approval from me.

I further agree that I will not receive any compensation for the use of these photos, nor will I receive any royalties or monies received by Cristo Vive International as these photos are used.

I also understand that these photos will not be released or sold to any other party for use of any purpose without my specific written consent.

Signature of Parent/Legal Guardian

Printed Name of Parent/Legal Guardian

Date

Cristo Vive International
956-532-8033
www.cristovive.net
mayralespinal@gmail.com