CITY OF PROVIDENCE - PARKS & RECREATION
CAMPER HEALTH FORM

CAMPER'S NAME: _____

HEALTH HISTORY

Physician's Name _____ Physician's Phone (___)_____

Insurance Provider _____

Group#_____Policy # _____

Allergies (include medications, foods, insect venoms) _____

Chronic medical conditions _____

Medications _____

Will camper bring medication to camp? Yes* _____ No_____
*If yes, it needs to be in original container and properly labeled.

Does camper wear contacts? Yes____ No_____

Does camper have a sensitivity to heat/exercise? Yes____ No_____

PERMISSION FOR MEDICAL CARE

I hereby authorize Providence Recreation or any other appropriate members, to carry out the necessary procedures for diagnosis, immunization, medical treatment, and/or surgical treatment for my son/daughter _____. (*Please print full name*)

In rare instances, a medical or surgical emergency requiring treatment arises in which written consent by parents or guardians is legally required, but the proper person cannot be located. In this event, and in order to avoid delay that might jeopardize the life or recovery of a camper, we request the following permission from parents or guardians, with the understanding that every effort will be made to contact you in an emergency.

I hereby grant permission to authorize any member of Providence Recreation Department or other physicians or surgeons, to give emergency anesthesia and perform medical or surgical procedures on my son/daughter _____ (*Please print full name*) in the event that he/she is unable to contact me when further delay might jeopardize life or impair recovery.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

Name (please print) _____ **Relationship** _____

BY SIGNING THIS FORM
I hereby grant permission to any hospital or physician service to submit to and collect from my primary insurance company any and all appropriate charges incurred for services rendered at any of the above mentioned facilities. I hereby grant permission for the release of any medical information to process said claims for my child.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

Name (please print) _____ **Relationship** _____

CIUDAD DE PROVIDENCE – PARQUES Y RECREACIÓN
FORMULARIO DE SALUD DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico _____ Teléfono (____) _____

Proveedor de seguros _____

Numero de grupo _____Numero de póliza _____

Alergias (incluyendo medicinas, alimentos, venenos de insectos) _____

Condiciones médicas crónicas _____

Medicinas _____

¿Traerá el participante sus medicina al campamento? Sí* _____ No_____
*Si es así, tiene que estar en su envase original y debidamente etiquetado.

¿Usa el participante lentes de contactos? Sí____ No___

¿Tiene el participante una sensibilidad al calor / ejercicio? Sí____ No_____

PERMISO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo al Departamento de Recreación de Providence o algún otro miembros apropiado, para llevar a cabo los procedimientos necesarios para el diagnóstico, la vacunación, el tratamiento médico y / o quirúrgico para mi hijo/a _____. (Imprima el nombre completo)

En raras circunstancias, se presenta una emergencia que requiere tratamiento médico o quirúrgico en el que se requiere legalmente el consentimiento escrito de los padres o tutores, pero la persona adecuada no puede ser localizada. En este caso, y con el fin de evitar un retraso que pueda poner en peligro la vida o la recuperación de un campista, solicitamos el siguiente permiso de los padres o tutores, con el entendimiento de que se hará todo lo posible para contactarse con usted en caso de emergencia.

Por la presente, doy permiso para autorizar a cualquier miembro del Departamento de Recreación de Providence y otros médicos o los cirujanos, para administrar la anestesia de emergencia y llevar a cabo procedimientos médicos o quirúrgicos de mi hijo/a _____ (Imprima el nombre completo) en caso de que él /ella no pueda ponerse en contacto conmigo ya que más demora podría poner en peligro la vida o la recuperación.

Firma del Padre _____ **Fecha** _____

Nombre (imprima en letra molde) _____ **Relación** _____

POR LA FIRMA DE ESTE FORMULARIO

Por la presente autorizo a cualquier hospital o servicio médico para someterse y cobrar a mi compañía de seguros primaria cualquier y todos los cargos correspondientes incurridos por los servicios prestados en cualquiera de las instalaciones mencionadas. Yo aquí doy permiso para la divulgación de cualquier información médica para procesar dichas reclamaciones para mi hijo/a.

Firma del Padre _____ **Fecha** _____

Nombre (imprima en letra molde) _____ **Relación** _____