



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.º 34 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 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 Verano de Asma 34º y esperamos que su niño pueda participar con nosotros!

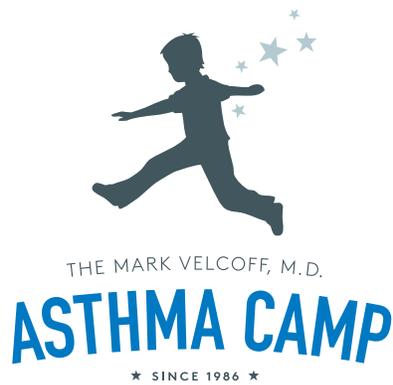
Atentamente.

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

 Salinas Valley Memorial Healthcare System



[svmh.com/asthmacamp](http://svmh.com/asthmacamp)



Adjunto se encuentra un paquete de solicitud para el Campamento de Asma 2019 que se llevara a cabo desde el 22 hasta el 26 de julio de 2019.

- 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
- Forma de Prueba de Control de asma debe ser completado y devuelto
- Formulario de exención de responsabilidad debe ser completado y devuelto
- Tarjeta de contacto de emergencia debe ser completada y devuelta
- Mapa de escuela Monterey Park Elementary
- Invitación al almuerzo familiar y ceremonia de graduación

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.

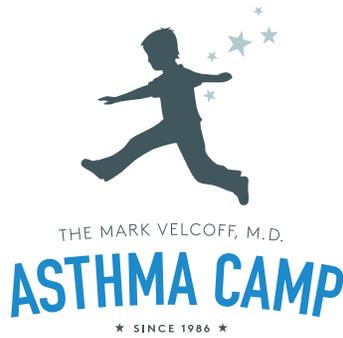
**LA FECHA LÍMITE PARA LA INSCRIPCIÓN ES EL 15 DE JULIO DE 2019.**

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

 Salinas Valley Memorial Healthcare System



[svmh.com/asthmacamp](http://svmh.com/asthmacamp)



**Fechas:** Julio 22 - Julio 26, 2019

**Edades:** 6 - 12 años

**Horario:**

Lunes: 9:00 am- 4:00 pm

Martes: 9:00 am-4:30 pm

Miércoles: 9:00 am y continua durante la noche

Jueves: 8:00 am - 4:00 pm

Viernes: 9:00 am- 1:00 pm

La transportación de los niños al campamento es la responsabilidad de los padres. A los niños se les podrá dejar en la Escuela Monterey Park Elementary a las 8:30am. Para la conveniencia de los padres, habrá cuidado de niños disponible antes y después del campamento, comenzando a las 7:00am y terminando a las 5:30pm.

**Lugar:** Escuela Monterey Park Elementary, 410 San Miguel Avenue, 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 envíe un correo electrónico a [marci@chatterboxpublicrelations.com](mailto: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 : Salinas Valley Memorial Hospital Foundation. En la parte inferior del cheque, escriba: Asthma Camp

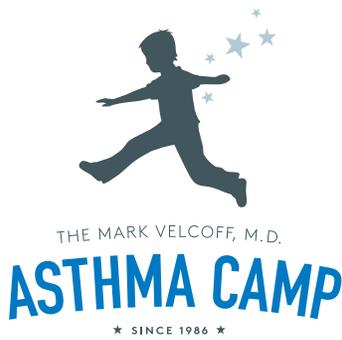
**Envíe el paquete de inscripción por correo electrónico a [HealthPromotion@svmh.com](mailto:HealthPromotion@svmh.com) o envíelo por correo a la dirección a continuación:**

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

**Para más información:**

Visite [svmh.com/asthmacamp](http://svmh.com/asthmacamp) o llame al 831-759-1890.

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



**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
<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Embrá	Altura	Peso
Dirección	Ciudad	Grado
Padre/tutor	N.º de teléfono principal	Código postal
Padre/tutor	N.º de teléfono principal	Correo electrónico

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

Nombre	Parentesco	N.º de teléfono
--------	------------	-----------------

Nombre	Parentesco	N.º de teléfono
--------	------------	-----------------

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

Sí  No Nombre: \_\_\_\_\_

¿Su hijo requerirá atención previa al campamento, a partir de las 7 am?  Sí  No

¿Su hijo requerirá atención después del campamento hasta las 5:30pm?  Sí  No

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

SELECCIONE UNO

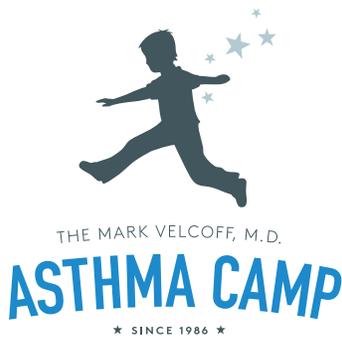
**SELECCIONE EL TAMAÑO DE CAMISA PARA SU NIÑO:**

Niño M  Niño L  Adulto M  Adulto L  Adulto XL  Adulto XXL

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? \_\_\_\_\_



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 física?  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

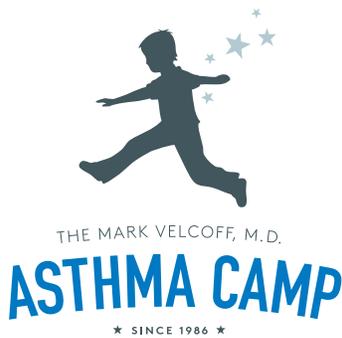
Presentes, pero no interfieren con las actividades diarias  Presentes e interfieren de manera intermitente con las actividades y al dormir  Otros, explique: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



# 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: \_\_\_\_\_

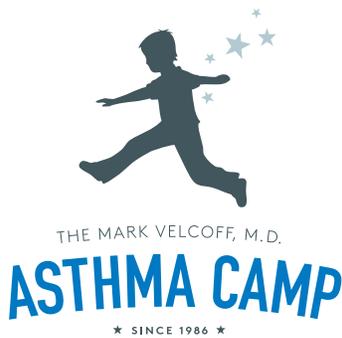
10. Additional comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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: 831-759-3073



## 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 Monterey 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 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 22 de julio de 2019 hasta el 26 de julio de 2019.

\_\_\_ 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 ("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 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 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 de niños antes del campamento a partir de las 7am:  SÍ  NO

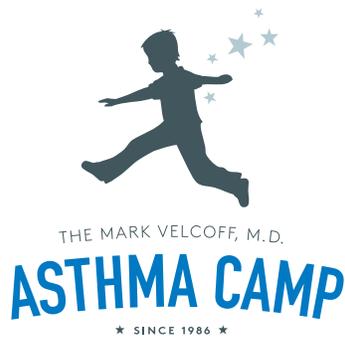
Mi hijo requerirá cuidado de niños después del campamento hasta las 5:30pm:  SÍ  NO

Nombre del campista

Fecha

Nombre del padre/tutor (en letra imprenta)

Firma del padre/tutor



Usted y su familia están invitados  
al almuerzo celebratorio

**del 34 aniversario del  
Campamento de Asma 2019  
Mark Velcoff, MD  
del Salinas Valley Memorial  
Healthcare System**

Las festividades comenzarán a las 11:00 a.m.  
el viernes, 26 de julio  
en la escuela Monterey Park Elementary School  
410 San Miguel Avenue, Salinas  
Busque el letrero del campamento  
Por favor responda antes del lunes, 22 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  
Monterey Park Elementary a la 1:00 pm el viernes, 26 de Julio.

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

 Salinas Valley Memorial Healthcare System



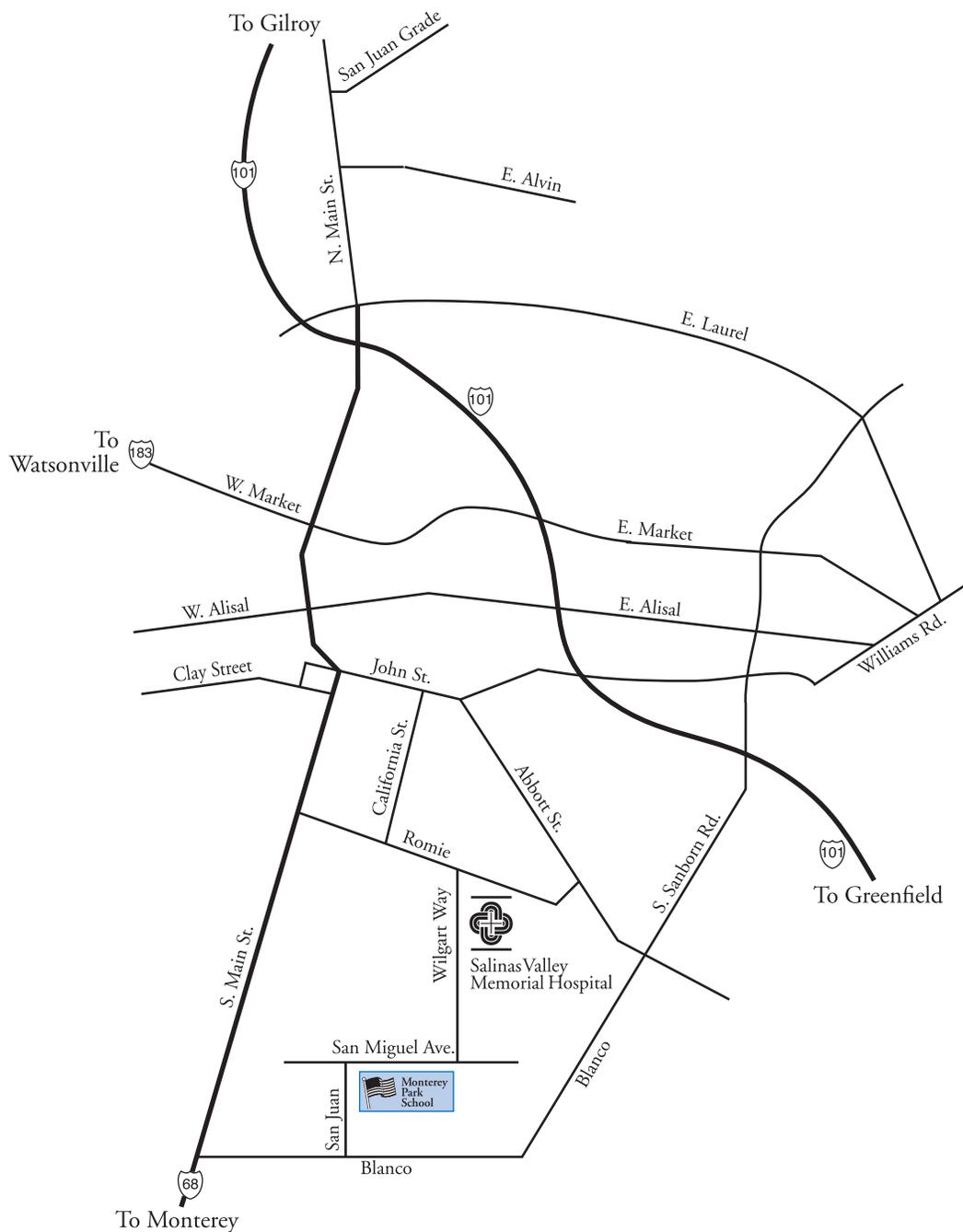
[svmh.com/asthmacamp](http://svmh.com/asthmacamp)

graduación familia



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

Monterey Park Elementary School • 410 San Miguel Avenue, Salinas  
Por favor estacionese en frente de la escuela. Lleve a su niño detrás de la escuela siguiendo por la calzada. Busque el letrero del Campamento del Asma.



direcciones/mapa

## 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 cuadrado de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

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

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

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.

**19**  
o menos

### Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 <b>0</b> Muy mala	 <b>1</b> Mala	 <b>2</b> Buena	 <b>3</b> Muy buena
---	---	--	--

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

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

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

 <b>0</b> Sí, siempre.	 <b>1</b> Sí, la mayoría del tiempo.	 <b>2</b> Sí, algo del tiempo.	 <b>3</b> No, nunca.
---	---	---	---

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

 <b>0</b> Sí, siempre.	 <b>1</b> Sí, la mayoría del tiempo.	 <b>2</b> Sí, algo del tiempo.	 <b>3</b> No, nunca.
---	---	---	---

### Por favor conteste usted las siguientes preguntas.

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

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

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

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

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

<b>5</b> Nunca	<b>4</b> De 1 a 3 días	<b>3</b> De 4 a 10 días	<b>2</b> De 11 a 18 días	<b>1</b> De 19 a 24 días	<b>0</b> Todos los días
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

PUNTAJE








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.º DE AÑOS \_\_\_\_\_)

MEDICAMENTOS ACTUALES \_\_\_\_\_

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

