



**Apoyando a los Niño/as, Jóvenes y Familias Afectadas por el VIH / SIDA**

Estimados Padres / Tutores Legales,

Gracias por solicitar información sobre nuestros próximos campamentos del 2017! Tenemos una temporada llena de campos, las oportunidades para desarrollar una identidad positiva, la independencia, y un grupo de apoyo con nuevos amigos.

Hay sólo cuatro sencillos pasos para convertirse en un campista **CONFIRMADO**:

**1. Llenar la Aplicacion**

- Incluir todos los elementos seleccionados de la lista de verificación de la aplicación.
- **MUY IMPORTANTE:** Recuerde firmar y fechar cada página que contiene una: "✕"

**2. Obtenga Prueba TB y / o Física**

- Consulte la lista de verificación de solicitud que se adjunta para determinar si los resultados de las pruebas actuales son elegibles o si se necesitan nuevas pruebas.
- Recuerde hacer sus citas TEMPRANO Y POR ADELANTADO!

**3. Entregue su aplicacion complete y su deposito**

Campamento	Fecha de Prioridad (No deposito)*	Plazo Final
<b>Campamento Familiar (Padres/Tutores Legales y niños de 3 - 17 años):</b> Febrero 18 – 21, 2017	Enero 18, 2017	Febrero 10, 2017

\***NO es necesario** si la aplicación se somete completa antes de la FECHA LÍMITE DE PRIORIDAD.

Depósito Reembolsable: \_\_\_\_\_

- Necesario sólo si la aplicación se entrega después del 18 de Enero 2017.
- \$ 10 para el primer campista, \$5 para cada campista adicional en una familia.
- Todas las cancelaciones con menos de dos semanas de antelación se perderá el depósito.

**4. CONFIRMACIÓN**

- Se le notificará por teléfono y recibirá por correo un paquete de confirmación.

Por favor, siéntase libre de llamar a la oficina de la Fundación Laurel al (626) 683-0800 si tiene alguna pregunta.

Gracias,

Lupe Flores  
Coordinadora Bilingüe



# 2017 Camp Laurel

## Nino/as: Lista de Verificación



**Camp  
Session:**

**Familiar**  
(Febrero 18-21, 2017)  
Padres/Tutores y Niños de  
Edades 3 - 17

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_

Se necesitan los elementos marcados a continuación con el fin de garantizar un espacio en el campamento. Todos los documentos requeridos están incluidos en este paquete. Por favor, devuelva los materiales de inscripción lo antes posible. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a Lupe Flores al (626) 683-0800.

- 2017 Campamento Laurel Camper Aplicación
- Prueba del Tuberculosis
  - Campamento de Verano : debe tener fecha **DESPUÉS de 02/02/2016**
- Físico
  - Campistas infectados : debe estar fechada **DESPUÉS de 07/22/2016**
  - Campistas afectados: deberán estar fechados **DESPUÉS de 02/22/2016**
- Depósito \$ \_\_\_\_\_ (PARA TODA LA FAMILIA )
  - Sólo es necesario si la presentación de solicitud completa después de 18 de Enero 2017, el plazo de prioridad.
  - Dinero en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito / débito aceptadas.
  - Por favor, llame a la oficina para pagar con tarjeta de crédito / débito .
  - Los cheques y tarjetas de crédito / débito no se procesan hasta después del campamento y sólo si el aviso de cancelación adecuada no se le dio .
- Foto / Video y Medios / Prensa / Arte de lanzamiento .
- HIPPA / Aviso de prácticas de privacidad de formularios.
- Copia de aseguranza medica

**NO OLVIDE FIRMAR Y FECHA DE CADA PÁGINA!**

Porfavor regrese los documentos a:

The Laurel Foundation

75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105

Phone: (626) 683-0800 or (888) 8-LAUREL Fax: (626) 683-0890



# 2017 Camp Laurel

## Nino/as: Solicitud de Campista



Campamento de Laurel es un proveedor de igualdad de oportunidades. Campamento Laurel está abierta a cualquier niño (6-17) que viven con el VIH / SIDA (infectados / afectados inmediatamente), sin distinción de raza, color, sexo, religión u origen nacional o discapacidad .. La aceptación en el campamento es a la sola discreción de el personal del campamento Laurel y será confirmado una vez que se recibe una solicitud completa y tras la revisión de las condiciones médicas / conductual. Toda la información es confidencial y será utilizada únicamente por personal administrativo / médico del Campamento Laurel de conformidad con la Ley HIPAA de 1996.

### Informacion General

(debe ser completado por el padre / tutor legal)

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Genero:  F  M Fecha de Nacimiento: / / Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: (1) \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a: \_\_\_\_\_

¿Tiene el padre tiene la custodia legal?  SI  NO Si no, que tiene la custodia legal? \_\_\_\_\_

(Si el padre no tiene la custodia legal, adjunte prueba de la tutela a esta solicitud.)

Nombre de la madre/tutor legal: (2) \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de la Fundación Laurel? \_\_\_\_\_

Mi hijo/a va a la escuela:  Siempre  A veces  Casi Nunca

Las calificaciones de mi hijo/a son usualmente:  Excelente  Bien  Mas o Menos  Necesita Mejorar  Reprobando

Etnicidad (opcional):  Latino / Hispano  Blanco Negro/Afro Americana  Asiática del Pacífico Americano  Otro: \_\_\_\_\_

### ¿Qual es el estado VIH del niño/a?

VIH+ (el niño está infectado)

VIH Negativo (el niño/a es afectado/a)

¿Cómo contrato hijo del VIH?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo está el niño afectado de inmediato?

- El niño/A tiene padre/hermano que es VIH +  
 Niño está viviendo actualmente con un tutor legal VIH+ durante al menos un año  
 Padre(s) del niño/A o sus hermanos murieron de VIH / SIDA

¿El niño sabe que su / su estatus?

SI  NO

¿El niño/a está al tanto de la condición de miembro de la familia del VIH?  SÍ  NO

### Preguntas sobre la Salud Mental

1) ¿Ha visto a su hijo / consultado con un trabajador social, psicólogo y / o psiquiatra en los últimos 6 meses?  SI  NO

2) ¿Se ha diagnosticado a su niño con una condición de salud conductual o mental? (por ejemplo , ADD / ADHD , depresión , trastorno de estrés posttraumático , OCD )  SI  NO

3) Se le ha recetado a su hijo o que actualmente está tomando un medicamento psicoactivo por cualquier motivo ?  SI  NO

Si su respuesta es "Sí " a cualquiera de las preguntas de esta sección , por favor complete la evaluación psicosocial en la página 7 .

**Por favor diganos su nina/o tiene cualquiera de las siguientes cosas (marque todo lo que corresponda):**

Problemas para llevarse bien con otros niño/as

Enfermedad grave/muerte de miembro de familia en el año pasado

Dieta especial (Diabetico, Alergias, Etc.)

Despertar por la noche, el sonambulismo, pesadillas, etc

Moja la cama

El niño/a tiene temores sobre asistir al campamento

Ansiedad o el temor a nuevas situaciones

Por favor explique lo que marco: \_\_\_\_\_

Padre/tutor tiene preocupaciones acerca de campamento

\_\_\_\_\_

Dificultad para vestirse independientemente

\_\_\_\_\_

Problemas de conducta, funcionamiento a nivel de su edad

\_\_\_\_\_

The Laurel Foundation

75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105

Phone: (626) 683-0800 or (888) 8-LAUREL Fax: (626) 683-0890

# Condiciones de Inscripción

(Tiene que ser llenada por el adulto o tutor legal)

Su firma abajo indica la aprobación de los siguiente:

1. En consideración de la aceptación de mi solicitud para participar en el campamento de Laurel Fundación , Inc. ( en adelante, " El Campamento " ) , por la presente renuncio, libero y descargo cualquier y todas las reclamaciones por daños y perjuicios por la muerte, lesiones o daños materiales daños que yo pueda tener , o los que puedan producirse en lo sucesivo, como resultado de mi participación en las actividades del campamento . Este lanzamiento se piensa para descargar por adelantado del real, y todos sus agentes, representantes , voluntarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad , reclamos, costos, gastos y / o daños y perjuicios (denominado colectivamente como " liability") que surja de o conectado de alguna manera con mi participación en las actividades del campamento, a pesar de que la responsabilidad pueda surgir por negligencia o descuido por parte de las personas o entidades mencionadas anteriormente. También entiendo que los accidentes graves en ocasiones se producen durante las actividades del campamento ; y que la participación en las actividades del campamento en ocasiones puede resultar en una enfermedad ( hasta e incluyendo la muerte ) , las lesiones personales mortales o graves y / o daños materiales como consecuencia de los mismos . También entiendo que el campamento no se hace responsable por la pérdida, un daño o robo de mi propiedad. El conocimiento de los riesgos de las actividades del campamento , sin embargo , yo estoy de acuerdo en asumir esos riesgos y liberar y eximir de responsabilidad a todas las personas o entidades mencionadas anteriormente , que por negligencia o descuido de otro modo podría ser responsable a mí ( oa mis herederos o cesionarios ) de daños y perjuicios.

2. Reconozco que el campamento es un campamento para niños que viven (infectados / afectados inmediatamente) con el VIH / SIDA. Si mi hijo no está al tanto de mi / su / su estado de VIH / SIDA , entiendo que el personal de la Fundación Laurel mantendrán este confidencial. Sin embargo , el campo no puede garantizar que mi hijo no aprenderá de su / su infección a partir de la interacción con otros niños o el personal del personal participa en el Campamento . Yo libero El Campamento de cualquier responsabilidad con respecto a la divulgación de mi hijo .

3. Entiendo que durante cualquier experiencia de campamento participan asociaciones de vecinos y / o la vida del medio ambiente existen riesgos para la salud inherentes tales como pero no limitado a la exposición a las enfermedades, la infancia o de otro tipo, a las que tal vez no han sido vacunados previamente contra . Además, entiendo que el Campo Laurel Fundación , Inc. ha hecho todos los esfuerzos razonables para minimizar estos riesgos para la salud ; Sin embargo , debo experimentar cualquier enfermedad después de cualquier programa de campamento de Laurel Fundación , Inc., debo comunicarme con mi médico o llame a la oficina del Campamento Laurel Fundación , Inc. (626) 683-0800 para consultar con el personal médico .

4. Persona ( s ) para ser contactado en caso de una emergencia mientras estoy en el campamento :

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa : \_\_\_\_\_ Teléfono Celular / Trabajo : \_\_\_\_\_

5. La administración del campamento debe ser notificado de cualquier cambio en la información de contacto de emergencia . Es crucial para la administración de Camp Laurel Foundation Inc. para poder llegar de contacto de emergencia en cualquier momento en caso de emergencia.

6. Al firmar este consentimiento, yo estoy diciendo que yo soy el padre / tutor del menor nombrado a continuación en esta solicitud y que tengo la autoridad para inscribir a mi hijo y ejecutar todos los documentos necesarios para que mi hijo asistir a programas de la Fundación Laurel. He obtenido todas y todos los consentimientos o autoridades pertinentes (incluidos los requeridos por orden judicial Entiendo que en caso de los padres otra / tutor de mi hijo (si procede) desafiar mi autoridad: 1) Mi hijo será enviado a casa con prontitud y, 2) I protegerá la Fundación Laurel y de los programas de las demandas de que el otro padre / tutor, incluyendo el pago de todos los costos de la solución de la controversia.

7. Campamento Laurel Fundación , el programa de seguro de accidentes Inc. ' s representa una cobertura secundaria para los campistas . Cualquier y todas las reclamaciones deben ser presentadas principalmente a través de su compañía de seguros . Si usted tiene cobertura de salud y seguro de accidentes, por favor indique : ( **Adjuntar copia de la tarjeta de seguro medico** )

Nombre de la Compañía de Seguros : \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Certificado: \_\_\_\_\_  
Número CCS: \_\_\_\_\_ Número médico: \_\_\_\_\_

8. Yo autorizo al personal médico del campamento de Laurel Fundación , Inc. ' s para hacer u ordenar un tratamiento médico para mí en caso de cualquier emergencia médica y / o quirúrgica y en el tratamiento del dolor y / o malestar, para recibir cualquier radiografía , anestesia, diagnóstico médico, dental , quirúrgico , el tratamiento y la atención hospitalaria que sea considerado recomendable y que hay que asegurar , bajo la supervisión de cualquier médico, dentista o cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica médica de California o la Ley de California dental Practise . Esta autorización se da conforme a las disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California.

9. Toda la información proporcionada en esta solicitud es correcta hasta donde yo sé y puedo participar en todas las actividades del campamento prescritos , excepto según lo observado por el médico examinador y / o yo.

10. Doy fe de que todas las vacunas del niño necesarias para la escuela están al día .

11. Al firmar abajo, reconozco que he leído toda la solicitud y de acuerdo a cada una de las disposiciones contenidas en la Información General , Condiciones de inscripción , la Lista de Medicamentos , Historia de Salud , Permiso para Actividades del Campamento , Información Física y Foto / Video y medios de comunicación / secciones de Prensa / Arte de liberación de esta aplicación campista.

**Nombre del Padre/Tutor Legal:**

**Firma del Padre/Tutor Legal:** 

**Fecha:**

**Nombre del niño (por favor escriba claramente):**

**Importante: No se olvide de enviar una copia de su tarjeta del seguro. Asegúrese de firmar y fechar cada página.**

**The Laurel Foundation**

75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105

Phone: (626) 683-0800 or (888) 8-LAUREL Fax: (626) 683-0890

**Queda Una:** 

## Medicamentos

(debe ser completado por el padre / tutor legal o médico)

**NOMBRE DEL CAMPISTA:** \_\_\_\_\_

**Ponga sus iniciales si su hijo no toma ningún medicamento:**  \_\_\_\_\_

Si su hijo toma la medicación, por favor enumere todos los medicamentos, incluyendo vitaminas y suplementos dietéticos de abajo.

MEDICACION	DOSIS	CADA CUANDO	RUTINA / NECESARIO	
			<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Necesario/a
			<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Necesario/a
			<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Necesario/a
			<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Necesario/a
			<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Necesario/a
			<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Necesario/a
			<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Necesario/a

Describir la rutina que su hijo/a prefiere recibir la medicación: \_\_\_\_\_

Su hijo/a se toma su medicamento como se lo prescribe su doctor? (circule uno): Siempre A veces Casi no Nunca

Su hijo/a va a sus citas del doctor? (circule uno): Siempre A veces Casi no No Solo cuando hay campamento

NOTA: Los medicamentos deben ser recibidos en recipientes originales de la farmacia con la dosificación escrito por el farmacéutico. Meds se almacenan / administrados según las indicaciones. Modificaciones personales no puede ser honrado. Tiempos de administración pueden ser alterados debido a la naturaleza del entorno del campo.

## Historia de Salud

(debe ser completado por el padre / tutor legal)

**Alergias (Describa todas):** \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido la varicela (varicela) o Zoster (Culebrilla)?  Si  No

¿Ha estado expuesto a alguna de las siguientes enfermedades contagiosas transmisibles / en las últimas 1-3 semanas?

Sarampion  Mumps  Varicela  Culebrilla (Zoster)  Other: \_\_\_\_\_

Por favor anote cualquier necesidad especial o equipos (por ejemplo, G-tubo, línea central, sillas de ruedas) nuestro personal médico debe saber sobre:

¿Tiene una historia de cualquiera de los siguientes? (Marque todas las que apliquen)

Sinusitis  Asma  Dolores de cabeza  Eczema/Ras  Infeccion de oido

Herpes Oral  Diarrea crónica  Estreñimiento crónico  Desmayos

## Permiso para Actividades del Campamento

(debe ser completado por el padre / tutor legal)

La elevación del camping está a 6.600 pies. Las actividades típicas de campamento incluyen cuerdas, senderismo, tiro con arco, excursiones con raquetas, yoga, deportes, contacto con animales pequeños, montar caballos, etc. El sitio de campamento usa cabañas de aire abierto y baños de compuesto.

**Hay limitaciones de cualquier actividad de campamento?**  SI  NO

**¿Tiene restricciones de elevación?**  SI  NO

En caso afirmativo, indique las restricciones:

**\* No se olvide de firmar y fechar cada página \***

The Laurel Foundation

75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105

Phone: (626) 683-0800 or (888) 8-LAUREL Fax: (626) 683-0890

Queda Una:

## Physical Information

(to be completed by a licensed physician, nurse practitioner or physician assistant)

**CAMPER NAME:** \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

**Allergies:** \_\_\_\_\_

*Check if there are any abnormalities with the following*

	Yes	No	Comments		Yes	No	Comments
General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HEENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lymph nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Other:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

*Please check whether the patient has the following:*

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
Recent Hospitalizations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lab Abnormalities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Communicable Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronic Illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic Deficit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physical Disabilities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing/Vision Deficit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If yes to any of the above, please comment: \_\_\_\_\_

### Immunization History

**Tetanus:**

Date of most recent Tetanus Vaccine/Booster (DTaP/Tdap/Td): \_\_\_\_\_

**Varicella:**

Date: \_\_\_\_\_ If not vaccinated, has patient had Varicella or Zoster?  YES  NO

### TB Screening

(Required for all campers and must be within 12 months of camp date)

**PPD Skin Test**

**Date:** \_\_\_\_\_

**RESULT:** \_\_\_\_\_

**If Camper has History of Past PPD (+):**

Date of (+) result: \_\_\_\_\_

Result of screening CXR: \_\_\_\_\_

Dates of treatment: \_\_\_\_\_

Please endorse that camper is currently asymptomatic and poses no infectious TB risk. **Initial:**

### Blood Test

*HIV+ campers only, please provide most recent results*

**Date:** \_\_\_\_\_

Hgb/Hct: \_\_\_\_\_

Platelets: \_\_\_\_\_

ANC: \_\_\_\_\_

CD4/%: \_\_\_\_\_

Viral Load: \_\_\_\_\_

### Physician Verification

The elevation of the campsite is 6,600 feet. Typical camp activities include swimming, canoeing, kayaking, ropes course, hiking, archery, horseback riding, snow shoeing, cross country skiing, tubing, mountain biking, yoga, etc.

**Is patient restricted from any activities?**  YES  NO

**Does patient have elevation restrictions?**  YES  NO

**If yes, please list restrictions:**

I have been informed of the camp activities and have examined \_\_\_\_\_, who is physically able to engage in all activities, except as noted above. I hereby verify that all information provided on this form is true and correct.

Physician Name (please print): \_\_\_\_\_

**Physician Signature:**

**Date:** \_\_\_\_\_

Hospital Affiliation: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Office Phone: \_\_\_\_\_

On Call/Off Hours: \_\_\_\_\_

### ATTENTION:

\*Please be sure that the TB test date is written on this page. Don't forget to **date** and **sign** this page. Thank you!

Please return this page to  
The Laurel Foundation

There are two:

75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105  
Phone: (626) 683-0800 or (888) 8-LAUREL Fax: (626) 683-0890

# Evaluación Psico-Social

**POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:**

1. ¿Ha visto a su hijo / consultado con un trabajador social, un psicólogo y / o psiquiatra en los últimos 12 meses?  SÍ  NO  
2. ¿Se le ha recetado a su hijo o que actualmente está tomando un medicamento psicoactivo por alguna razón?  SÍ  NO

**SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, FAVOR DE COMPLETAR ESTA PÁGINA**

¿Quién puede completar esta página?

- A) El profesional médico tales como su trabajador social, psicólogo, psiquiatra  
B) El profesional médico que recetó el medicamento o se diagnostica el trastorno del comportamiento, mental o emocional

Name of Camper/Patient: \_\_\_\_\_

How was the camper referred to you?  Family  Court Mandate  School  Other: \_\_\_\_\_

When did the treatment begin? \_\_\_\_\_ Date of most recent visit: \_\_\_\_\_

Number of visits in the past 12 months \_\_\_\_\_ How often is the camper currently seen? \_\_\_\_\_

Behavioral manifestations that may appear at our camp program: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behavioral, Emotional, or Mental Health Diagnosis/Reason for Treatment: \_\_\_\_\_

Date of Diagnosis (if formal DSM diagnosis): \_\_\_\_\_ Essential Meds for Diagnosis: \_\_\_\_\_

Criteria met that led to that diagnosis: \_\_\_\_\_

Please recommend ways to manage camper's behavioral situations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

To your knowledge, is there or has there ever been a concern about any of the following? (Check all that apply)

Passive or active suicidal ideation or plans  Self-harm  Impulse control  Aggression

If any of these items are checked, please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Can this child function at camp with only **basic** care from the on-site mental health provider?  YES  NO

Any other comments/limitations/restrictions: \_\_\_\_\_

## VERIFICATION BY MENTAL HEALTH PROFESSIONAL:

I understand that the above listed individual is seeking to participate in The Laurel Foundation's overnight camp program for kids who are infected and/or affected by HIV/AIDS. The camp program provides a Medical Team consisting of physician(s), and/or nurses and a mental health professional on-site and/or an on call 24-hours a day to provide basic care during camp.

Based on this understanding and my work with this individual, I believe The Laurel Foundation should

**ACCEPT** or  **DECLINE** this application.

Provider Name: \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Agency/Hospital Affiliation: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Please return to:

**The Laurel Foundation**

75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105

Phone: (626) 683-0800 or (888) 8-LAUREL Fax: (626) 683-0890

## Permiso de Foto / Video y Medios / Prensa / Arte

Participación en el programa (s) de la Fundación Laurel (incluyendo campamentos, eventos de día, etc.) implica el consentimiento para que el participante sea fotografiado, filmado y representado otro modo para el uso general. Uso general significa que estos medios pueden ser distribuidos sólo a los participantes y voluntarios que han firmado el Acuerdo de Confidencialidad de la Fundación El gordo y el Acuerdo HIPPA; dispersión de estos medios al público (por ejemplo, la página web, redes sociales, etc.) está estrictamente prohibido a menos difundido por la Fundación Laurel bajo el consentimiento de los lanzamientos de abajo. Por favor, lea las notas de cuidado y firmar aquellos con los que usted se sienta cómodo participar y firme y fechar en la parte inferior.

### FOTO DE GRUPO

\_\_\_\_\_  
(Firma aquí para Foto / Video)

Puedo aparecer en las **FOTOS DE GRUPO**. Estas fotos sólo son compartidos con los campistas, el personal, posibles donadores y se utiliza con fines de recaudación de fondos. **(ESTO NO ES UN COMUNICADO DE PRENSA)**

### MEDIA / COMUNICADO DE

\_\_\_\_\_  
(Firma aquí para Medios / Prensa)

#### Descargo de Foto/Video para el Medio de Comunicación

Puedo ser filmado y / o fotografiado durante su participación en programas de la Fundación Laurel (incluyendo campamentos, eventos de día, etc.) por la prensa / medios de comunicación (por ejemplo, periódicos, noticieros de televisión tripulaciones, web, etc.), para el sitio web de la Fundación Laurel, boletines de noticias, anuario u otros propósitos de Internet. Entiendo que puede haber miembros de la prensa / medios presentes para documentar la experiencia del programa para su posible difusión o liberación. Tiros de campo generales a menudo se toman de los campistas que interactúan, caminar, etc., donde la cara puede aparecer solo o en grupo.

\_\_\_\_\_  
(Firma aquí para la entrevista de prensa)

#### Descargo de Entrevista

Permito ser entrevistado por miembros del medio de comunicación público.

\_\_\_\_\_  
(Firma aquí para Nombre)

#### Permiso de usar primer nombre

Mi primer nombre puede ser usado / mencionado en la prensa / medios de comunicación.

\_\_\_\_\_  
(Firma aquí para Nombre Completo)

#### Descargo del Nombre Completo

Mi nombre **COMPLETO (nombre y apellido)** puede aparecer en el medio de comunicación público.

\_\_\_\_\_  
(Firme aquí para el Arte)

#### Descargo del Arte

Permito que hacer proyectos de arte (incluyendo dibujos, pinturas, poemas, o otros proyectos artísti-cos) durante mi participación en los programas de The Laurel Foundation. Para la consideración del bien y monetaria, yo irrevocablemente le doy incondicionalmente y perpetuamente los derechos mundiales a The Laurel Foundation y su compañía de padres sin fines de lucro de vender y/o exhibir (y autorizo a otros que utilicen, distribuyen, y exhiban) todo o partes del proyecto(s) de arte en cualquier forma de medio de comunicación conocidos ahorita o los descubiertos de ahora en adelante en el mundo, sin compensación, revisión o aprueba, sin limitaciones en conexión con The Laurel Foundation. Cualquier cambio de permisos tienen que ser hechos por escrito. Estoy de acuerdo que cualquier explotación de los proyectos de artes o derechos no necesariamente me autorizan a recibir una recompensa adicional o consideración especial. Yo incondicionalmente cedo todos los "derechos morales"

## \* POR FAVOR FIRME Y FECHÉ A CONTINUACIÓN \*

He leído cuidadosamente esta versión. Yo entiendo completamente su contenido y cómo las imágenes / grabaciones de video / prensa / técnica pueden utilizarse o no utilizadas durante y / o después de los programas de la Fundación Laurel (incluyendo campamentos, eventos, etc.).

Entiendo que La Fundación Laurel prohíbe participantes de publicar fotografías u otra información de identificación personal de mí sin la autorización o el permiso de la Fundación Laurel en Internet a través de redes sociales (es decir, Facebook, Instagram, etc.). También entiendo que hay otros participantes en el programa que no están bajo el control de La Fundación Laurel y puede hacerlo de forma ilícita. Yo libero, descargo y estoy de acuerdo en no responsabilizar a la Fundación Laurel, sus representantes legales o cesionarios, y todas las personas que actúen bajo permiso o autoridad de la Fundación Laurel, de cualquier responsabilidad por fallo de cualquier otro de los participantes a que se adhieran a las políticas abordadas en el presente documento.  \_\_\_\_\_ (Inicial). Además, estoy de acuerdo en no publicar fotografías o información personal sin permiso escrito del sujeto o la autorización de la Fundación Laurel  \_\_\_\_\_ (inicial). Además, entiendo que es mi responsabilidad de comunicar y explicar las prácticas de privacidad de la Fundación Laurel a mi hijo antes de asistir a un  \_\_\_\_\_ (inicial).

Este lanzamiento es bueno para todas las imágenes / grabaciones de video / prensa / arte tomado durante los programas de la Fundación Laurel (incluyendo campamentos, eventos de día, etc.) y permanecerá en vigor indefinidamente. Entiendo que si debo desear cambiar imágenes / grabaciones de video / prensa / release arte para futuros programas debo presentar una notificación escrita.

El abajo firmante entiende y acepta que la fotografías, grabaciones, el arte, el cine y / o cintas de video y reproducciones, y todos los derechos sobre el mismo serán de propiedad exclusiva y absoluta de la Fundación Laurel.

**Padre / Tutor (letra de imprenta):**

**Firma del Padre / Tutor Legal:**

**Fecha:**

**Nombre del Niño (en letra de imprenta):**

Porfavor regrese la aplicacion:

Quedan Nueve:

The Laurel Foundation

75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105

Telefono: (626) 683-0800 or (888) 8-LAUREL Fax: (626) 683-0890





## Ley de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA)

### La Nota de Prácticas de Privacidad:

A nuestros guardianes padres/legales. Esta nota describe cómo información de su salud (como un campista de esta organización) puede ser utilizado y puede ser revelado, y cómo usted puede conseguir acceso a esta información de salud. Esto es requerido por las Regulaciones de la Privacidad creadas a consecuencia del Acto de la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad de 1996.

### Nuestro Compromiso a su privacidad:

The Laurel Foundation y su compañía de padres sin fines de lucro están dedicados a mantener privada su salud. Somos requeridos por la ley de mantener confidencialidad con la información de la salud. Nosotros nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero nosotros le debemos proporcionar con la siguiente información importante:

### Uso y revelación de su información de salud en ciertas circunstancias especiales:

Las circunstancias siguientes nos pueden requerir utilizar o revelar su información de salud:

1. A autoridades sanitarias y agencias de descuido de salud que son autorizadas por la ley para reunir información.
2. Los pleitos y el acto semejante en respuesta a un tribunal o la orden administrativa.
3. Si requirió a hacer así por un funcionario de la aplicación de la ley.
4. Cuándo necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su o su salud de niño y seguridad o la salud y seguridad de otro individuo o el público. Nosotros sólo haremos las revelaciones a una persona o la organización capaces de ayudar a prevenir la amenaza.
5. A funcionarios federales para la inteligencia y actividades nacionales de seguridad autorizados por la ley.
6. Si usted está bajo la custodia de un funcionario de la aplicación de la ley.
7. Para Compensación de Trabajadores y programas semejantes.

### Sus derechos con respecto a su información de salud:

1. Comunicaciones. Usted puede solicitar que nuestra organización se comunique con usted acerca de su salud y asuntos relacionados en una manera particular o en una cierta ubicación. Por ejemplo usted puede pedir que nosotros le contactamos en casa, antes que el trabajo. Acomodaremos los pedidos razonables.
2. Usted puede solicitar una restricción en nuestro uso o la revelación de su información de salud para el tratamiento, para pagos, o para las operaciones de asistencia médica. Adicionalmente, usted tiene el derecho de solicitar que restringimos nuestra revelación de su cuidado, tal como miembros de la familia y amigos. Tal pedido debe ser recibido en la escritura en la oficina de Camp Laurel Foundation, Inc. por lo menos 72 horas antes del comienzo del campo. Nosotros no somos requeridos a concordar a su pedido; sin embargo, si concordamos, somos atados por nuestro acuerdo menos cuando de otro modo requerido por la ley, en emergencias, o cuando la información es necesaria para tratarle.
3. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información de la salud que puede ser utilizada para hacer las decisiones acerca de usted, inclusive historiales médicos pacientes y facturar los registros, pero no inclusive notas de psicoterapia. Usted debe someter su pedido en escrito a Camp Laurel Foundation, Inc.; 75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105.
4. Usted nos puede pedir de enmandar su información medica si cree que esta incorrecta o incompleta con que nuestra organización tenga la información. Para pedir esto su solicitud debe ser sometida por escrito y entregada a Camp Laurel Foundation, Inc.; 75 Grand Avenue, Pasadena CA 91105. Usted nos debe proporcionar con una razón que sostiene su pedido para la enmienda.
5. Repare a una copia de esta nota. Usted tiene derecho para recibir una copia de esta Nota de Prácticas de Intimidad. Usted puede pedir que nosotros démosle una copia de esta nota en tiempo.
6. El derecho de archivar una queja. Si usted cree sus derechos de la intimidad han sido violados, usted puede archivar una queja con nuestra organización con el Secretario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Para quejarse con nuestra organización, contacte Camp Laurel Foundation, Inc.; 75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105. Todas quejas deben ser sometidas en escrito. Usted no será penalizado para archivar una queja.
7. El derecho de proporcionar una autorización para otros usos y revelaciones. Nuestra organización obtendrá su autorización escrita para los usos y las revelaciones que no son identificados por esta nota ni permitidos por la ley aplicable.
8. Yo entiendo que hay otros participantes/campistas en el programa que no están debajo del cargo de Camp Laurel Foundation, Inc. Estos participantes quizás pongan fotos o otra información que identifique a mi sin la autorización o permiso de Camp Laurel Foundation, Inc. en el internet a través de redes sociales (ejemplo: facebook, myspace, etc.). Aunque yo entiendo que Camp Laurel Foundation, Inc. fuertemente se opone a que pongan fotos o otra información que identifique a la persona en el internet, yo descargo de mi parte y de parte de mis hijos y de cualquier otro familiar o individuo que este debajo de mi cargo Camp Laurel Foundation, Inc. y su compañía de padres sin fines de lucro, empleados, directores, proveedores, voluntarios y/o otro representante de cualquier responsabilidad con respecto al descargo de esta información \_\_\_\_\_ (Inicial). Yo entiendo que es mi obligación que yo, mis hijos, o cualquier otro individuo bajo mi responsabilidad no pongan fotos o información que identifique a la persona sin el permiso de ese sujeto por escrito en \_\_\_\_\_ (Inicial).
9. Además, entiendo que es mi responsabilidad de comunicar y explicar las prácticas de privacidad de Campamento Fundación Laurel a mi hijo (s) antes de asistir a un campamento \_\_\_\_\_ (Inicial).
10. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a esta nota, por favor contacte Camp Laurel Foundation, Inc. (626) 683-0800. Yo reconozco que he sido presentado con una copia de la Nota de Prácticas de Privacidad de Camp Laurel Foundation, Inc

Al firmar abajo, Yo reconozco que se me ha presentado con una copia del Campamento Fundación Laurel, Aviso de Prácticas de Privacidad de Inc. y que voy a cumplir con ellas.

Padre / Tutor (letra de imprenta):

Firma del Padre / Tutor Legal:

Fecha:

Nombre del Niño (en letra de imprenta):

The Laurel Foundation

75 South Grand Avenue, Pasadena, CA 91105

Phone: (626) 683-0800 or (888) 8-LAUREL Fax: (626) 683-0890

Quedan Cuatro: