Emergency Information/**Información de emergencia**

Name/**Nombre**_____Age/**Edad**_____ Sex/**Sexo**_____

Address/**Dirección**_____

Home Phone/**Teléfono de casa**_____Birth Date/**Fecha de nacimiento** _____

Emergency contact person/**Persona a contactar en caso de emergencia**

Name/**Nombre:** _____

Relationship to participant/**Relación con el participante:** _____

Telephone/**Teléfono:** Home/**Casa** _____ Work/**Trabajo** _____

Hours/**Horario** _____ Hours/**Horario** _____

Backup contact person (in case primary contact cannot be reached)/
Segunda persona a contactar (en caso de no ubicar a la primera):

Name/**Nombre:** _____

Relationship to participant/**Relación con el participante:** _____

Telephone/**Teléfono:** Home/**Casa** _____ Work/**Trabajo** _____

Hours/**Horario** _____ Hours/**Horario** _____

Medical Contact Information/**Información médica**

Name of Doctor/**Nombre del doctor:** _____

Office Phone/**Teléfono del consultorio:** _____

Office Address/**Dirección del consultorio:** _____

Name of Dentist/**Nombre del dentista:** _____

Office Phone/**Teléfono del consultorio:** _____

Office Address/**Dirección del consultorio:** _____

Insurance Information/**Información del seguro**

Insurance Company/**Compañía de seguro** _____

Policy number/**Número de póliza** _____

Other pertinent insurance information/**Información adicional pertinente al seguro:**

_____

Is participant allergic to anything (food, drugs, insects, plants, etc.?)
¿El participante es alérgico? (a comidas, medicamentos, insectos, plantas, etc.) **Sí ___ No ___**
If so, what?/**De ser así, ¿a qué es alérgico?** _____
If participant is allergic to bee stings, does s/he have a bee sting kit?
Si es alérgico a la picadura de abejas, ¿tiene un equipo para las picaduras? **Sí ___ No ___**
If so, does s/he know how to use it? **De ser así, ¿el participante sabe usarlo?** **Sí ___ No ___**
Has participant ever been in anaphylactic shock? **Sí ___ No ___**
¿El participante alguna vez sufrió un ataque de anafilaxis?
If so, please describe/**De ser así, describirlo** _____
_____
Is participant taking any medications? **Sí ___ No ___**
¿Toma el participante algún medicamento?
If so, please describe condition and medications./**De ser así, por favor describa su condición e indique qué tipo de medicamentos.** _____
_____
Has the participant been hospitalized and/or had any operations within the last year?
¿Durante este último año, el participante estuvo internado o fue operado? **Sí ___ No ___**
Does the participant have any chronic medical problems that require him/her to be under the care of a doctor? (Epilepsy, Asthma, Diabetes, Heart Condition, or any other?)
¿El participante sufre de algún problema médico crónico por el cual deba estar en tratamiento? (Epilepsia, asma, diabetes, problema cardíaco, etc.) Sí ___ No ___
If so, please describe./**De ser así, por favor explique.** _____
_____
What is the date of participant's last tetanus booster?
¿Cuándo fue la última vez que al participante le dieron la vacuna anti-tetánica? _____
Are there any physical handicaps, fears/phobias, or other characteristics that may be helpful for the Clapping Hands Farm Camp staff to know about?
¿El participante tiene alguna incapacidad física, miedo/fobia, u otras características que nuestro personal debería tener en cuenta? Sí ___ No ___
If so, please describe./**De ser así, por favor explique.** _____
_____
Release Statement: I hereby attest that the information above is correct. In event of injury or illness, I give the Clapping Hands Farm Staff and professional medical experts the right to provide medical treatment for the participant listed above. I also give permission for Clapping Hands Farm Staff to provide sunscreen and bug spray (natural ingredients, no DEET) should my child need it during camp hours.

Autorización: Afirmo que toda la información mencionada anteriormente es correcta. En caso de accidente o enfermedad, le doy al personal de la Granja Manos que Aplauden (Clapping Hands Farm) y a peritos médicos profesionales el derecho de brindar tratamiento médico al participante especificado en este formulario.
Además le permito al personal de la Granja Manos que Aplauden (Clapping Hands Farm) que le proporcione a mi hijo/a protector solar y repelente (con ingredientes naturales, sin DEET), de ser necesario durante el horario de la colonia.

_____ _____
Signature/**Firma** Date/**Fecha**
(If participant is under 18 years of age, parent or guardian must sign)/
(Si el participante es menor de 18 años de edad, debe firmar el padre, tutor o encargado)