

Estimados Padres:

Salinas Valley Health se complace en invitar a su hijo o hija a participar en nuestro Campamento del Asma. Este campamento es el único programa de verano en el Condado de Monterey diseñado específicamente para educar a los niños sobre el asma en un entorno informativo, atractivo y divertido. Nuestro campamento le provee a los niños las herramientas necesarias para tomar el control de su asma.

Los niños adquirirán conocimientos valiosos sobre su condición y desarrollarán mejores habilidades para enfrentar sus desafíos. El programa incluye cinco sesiones educativas diarias, estructuradas en torno a nuestro cuaderno de trabajo personalizado, que contiene explicaciones detalladas de diversos temas, actividades divertidas y una sección dedicada a la educación para los padres. Los beneficios de este programa serán inmediatos tanto para usted como para los niños.

El Campamento del Asma está completamente financiado por donaciones de la Salinas Valley Health Foundation a través de nuestro programa local Children's Miracle Network Program. Estamos agradecidos por el apoyo de nuestros donantes, médicos y el personal de Salinas Valley Health, quienes hacen posible este campamento. Lo invitamos a aprovechar esta oportunidad para empoderar a su hijo o hija y ayudarlos a llevar una vida más saludable y activa. Visite [SalinasValleyHealth.com/asthmacamp](http://SalinasValleyHealth.com/asthmacamp) o llame al 831-759-1890 para obtener más información (hay una tarifa de inscripción de \$10).

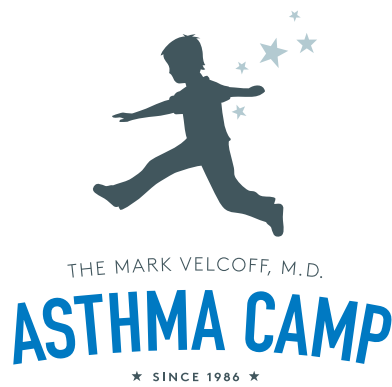
Esperamos una semana emocionante llena de aprendizaje y diversión en nuestro Campamento del Asma, y deseamos que su hijo o hija puedan unirse a nosotros para una experiencia enriquecedora y educativa.

Atentamente,

Allen Radner, MD  
Salinas Valley Health  
Presidente y Director Ejecutivo



FOUNDATION



Se adjunta un paquete de solicitud para el Campamento del Asma 2026 que se llevará a cabo del 20 de julio al 24 de julio.

- Hoja de información del Campamento del Asma
- Formularios de inscripción para completar y devolver
- Formulario de referencia del médico para que lo llene EL MÉDICO y se devuelva a más tardar el día de la orientación para padres.

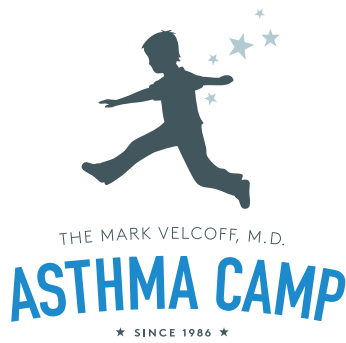
El espacio es limitado para ser un participante del Campamento del Asma. Es importante que su solicitud sea devuelta lo antes posible para reservar el lugar de su hijo en el campamento. La referencia del médico puede devolverse en una fecha posterior debido a la disponibilidad del médico, pero debe entregarse antes de la reunión previa al campamento.

**LA FECHA LÍMITE DE INSCRIPCIÓN ES EL 3 DE JULIO DE 2026.**

Se le enviará un acuse de recibo por escrito de su solicitud y del pago de la tarifa.



FOUNDATION



**Fechas:** 20 de julio - 24 de julio de 2026

**Edades:** 6 - 12 años

**Horario:**

Lunes:	9:00am a 3:00pm
Martes:	9:00am a 3:00pm
Miércoles:	9:00am a 3:00pm
Jueves:	9:00am a 3:00pm
Viernes:	9:00am a 1:30pm

El transporte hacia y desde el campamento es responsabilidad de los padres.

**Ubicación:** Escuela Lincoln, 705 California St, Salinas, CA 93901.

Los niños serán transportados en autobús a las actividades fuera del sitio.

**Tarifa:** Se requiere una tarifa de inscripción de \$10 para reservar su lugar , pero todos los demás costos están completamente financiados por donaciones hechas a la Salinas Valley Health Foundation a través de nuestro Programa Children's Miracle Network.

El pago se puede realizar de dos formas:

- 1) Con tarjeta de crédito a través de nuestro sitio web en: [SalinasValleyHealth.com/asthmacamp](http://SalinasValleyHealth.com/asthmacamp)
- 2) Con cheque, a nombre de: Salinas Valley Health Foundation. Por favor, indique "Campamento del Asma" y el nombre de su campista en la sección de notas.

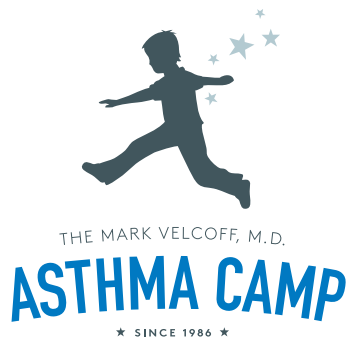
**Envíe el paquete de inscripción completo por correo electrónico a: [HealthPromotion@SalinasValleyHealth.com](mailto:HealthPromotion@SalinasValleyHealth.com) o envíelo por correo a la siguiente dirección:**

Asthma Camp Registration Salinas Valley Health/Health Promotion Department  
212 San Jose Street, Suite 101, Salinas, CA 93901

**Para más información:**

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

Supervisión médica estará disponible en el campamento.  
Se enviará más información.



**LA INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON LOS CONSEJEROS DEL CAMPAMENTO Y LOS VOLUNTARIOS, SEGÚN SE NECESITE**

Favor de llenar **todos** los espacios en blanco y marque las respuestas apropiadas.

Nombre del niño/niña		Fecha de nacimiento	Edad
<input type="checkbox"/> Varón/Hembra	<input type="checkbox"/> Altura	Peso	Grado
Dirección		Ciudad	Código postal
Padre/madre/tutor		Teléfono principal/celular # Dirección de correo electrónico	
Padre/madre/tutor		Teléfono principal/celular # Dirección de correo electrónico	

**AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR A SU HIJO Enumere todas las personas autorizadas para recoger a su hijo:**

Nombre	Relación	Teléfono #
Nombre	Relación	Teléfono #
¿Hay alguien que no tiene permitido recoger o contactar a su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre:		
¿Su hijo tiene necesidades o consideraciones especiales de atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SELECCIONE UNO

**TALLA DE CAMISA PARA SU HIJO**

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

Apodo del niño/niña: \_\_\_\_\_

1. ¿A qué edad su hijo desarrolló por primera vez asma (sibilancias)? \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien más en la familia inmediata tiene asma?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_



3. ¿Qué desencadena las sibilancias de su hijo? Por favor, marque todo lo que aplique.

- Infecciones  Animales  Polvo  Polen  Moho  Emociones  Ejercicio

Enumerar otros elementos: \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo o hija tiene sibilancias durante todo el año, o solo durante ciertos meses? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuántos ataques de asma ha tenido su hijo o hija en los últimos dos meses? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuántos días de escuela perdió su hijo o hija el año pasado debido a asma o dificultad para respirar? \_\_\_\_\_

7. ¿Está su hijo o hija en una clase de educación física restringida?  Sí  No \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez su hijo o hija ha sido hospitalizado a causa del asma?  Sí  No \_\_\_\_\_

9. Número de hospitalizaciones en los últimos dos años: \_\_\_\_\_ Última fecha de admisión: \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo describiría los síntomas de su niño o niña?  Presentes solo con ejercicio

- Presentes, pero no interfieren con las actividades diarias  Presentes e intermitentemente interfieren con las actividades y el sueño  Otros, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Indique todos los medicamentos que toma su niño en la actualidad:

Nombre	Dosificación	Horio que se administra
Nombre	Dosificación	Horio que se administra
Nombre	Dosificación	Horio que se administra

12. ¿Dónde se enteró usted del Campamento del Asma? (marque todos los que correspondan)

- Médico  Televisión/Radio/por escrito  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_



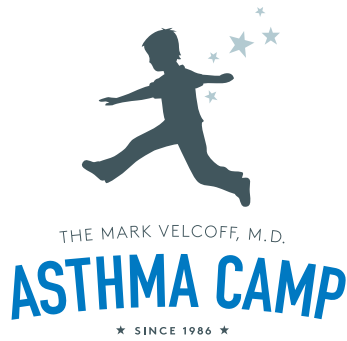
13. Se da prioridad de inscripción a los campistas primerizos:

- Este será mi primer año asistiendo
- Este será mi segundo año asistiendo
- Este será mi \_\_\_\_\_ año asistiendo

*Si su hijo o hija ha asistido al campamento anteriormente, su nombre se agregará a una lista de espera. El registro en la lista de espera se confirmará antes del 10 de julio según la disponibilidad de espacio.*

14. El Campamento del Asma tiene una política estricta contra el acoso o bullying. Durante la educación previa al campamento para padres, todos los padres revisarán la política y se les pedirá que firmen y cumplan con la política antes de la fecha de inicio del campamento.

15. La inscripción para el Campamento del Asma está limitado a 30 asistentes.



Nombre del niño/niña \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1. ¿Este niño o niña tiene asma?  Sí  No

2. Enumere los medicamentos de RESCATE para el asma del niño/niña: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Enumere los medicamentos de CONTROL para el asma del niño/niña: \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_

4. Enumere los medicamentos para el asma que se toman justo antes del ejercicio: \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. Enumere todos los demás medicamentos que toma el niño/niña: \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Enumere los desencadenantes del asma (p. ej.: infecciones de las vías respiratorias superiores, ejercicio, polen, mascotas, polvo, clima):  
 \_\_\_\_\_

7. Enumere todas las alergias (p. ej.: medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, etc.):  
 \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_

8. Otros problemas de salud, discapacidades o preocupaciones: \_\_\_\_\_  Ninguno \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

10. Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Envíe el formulario por correo o fax a:**

Asthma Camp Registration, Salinas Valley Health/Health Promotion Department,  
 212 San Jose Street, Suite 101, Salinas, CA 93901  
 Fax: 831-422-1014

referencia médica