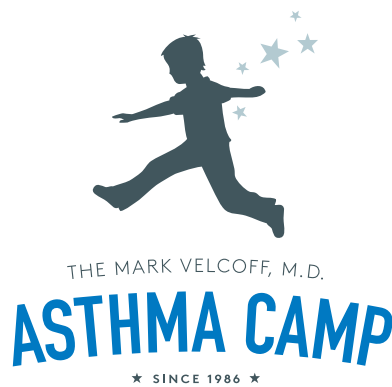




Estimados Padres:

¿Qué les parecería si hubiera una manera en que su hijo o hija pudiera aprender las habilidades necesarias para manejar con éxito su asma y nunca más volver a ser víctima de esta afección? Salinas Valley Health está invitando a su hijo o hija a hacer precisamente eso asistiendo al trigésimo octavo Campamento del Asma. Es el único campamento de verano en el Condado de Monterey diseñado únicamente para educar a su hijo sobre la enfermedad del asma y hacerlo en un entorno informativo y divertido.

Creemos que los beneficios de este programa patrocinado por Salinas Valley Health serán inmediatos para usted y sus niños. Las cinco sesiones educativas diarias están estructuradas en torno a nuestro propio libro de trabajo, que incluye una explicación completa de los temas educativos, las actividades del campamento y una sección para la educación de los padres. Este programa ha tenido mucho éxito con los niños y dará como resultado una mejor comprensión del asma y una mayor capacidad para hacer frente a sus inconvenientes y mantener un nivel de calidad de actividad diaria.

El Campamento del Asma está completamente financiado por donaciones hechas a la Salinas Valley Health Foundation a través de nuestro programa local Children's Miracle Network Hospitals. Estamos agradecidos por el apoyo de los donantes y de nuestros médicos de Salinas Valley Health por ayudar a que este programa sea posible. Lo felicitamos por su interés en esta oportunidad educativa para su hijo. Para obtener más información, visite SalinasValleyHealth.com/asthmacamp o llame al 831-759-1890.

¡Esperamos una emocionante semana de aprendizaje y diversión nuestro trigésimo octavo Campamento del Asma y esperamos que su hijo o hija pueda unirse a nosotros!

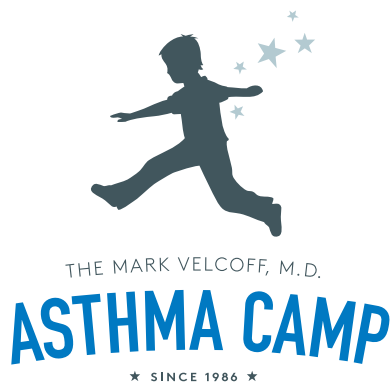
Atentamente.

Pete Delgado
Presidente/Director Ejecutivo de Salinas Valley Health



FOUNDATION

SalinasValleyHealth.com/asthmacamp



Se adjunta un paquete de solicitud para el Campamento del Asma 2023 que se llevará a cabo del 31 de julio al 4 de agosto.

- 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
- Formulario de renuncia y liberación de responsabilidad para llenar y devolver
- Invitación a almuerzo familiar y ceremonias de graduación
- Mapa de la escuela Monterey Park Elementary School
- Formulario de prueba de control del asma para completar y devolver
- Ficha de contacto de emergencia para llenar y devolver

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.

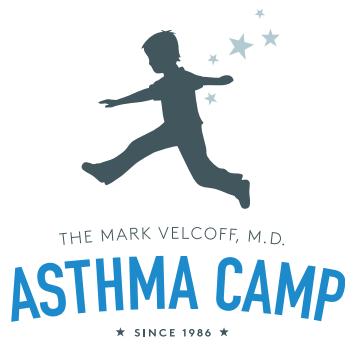
LA FECHA LÍMITE DE INSCRIPCIÓN ES EL 24 DE JULIO DE 2023.

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



FOUNDATION

SalinasValleyHealth.com/asthmacamp



Fechas: 31 de julio al 1 de agosto de 2023

Edades: 6 - 12 años

Horario:

Lunes: 9:00 am a 3:00 pm

Martes: 9:00 am a 4:00 pm

Miércoles: 9:00 am a 8:00 pm

Jueves: 8:00 am a 4:00 pm

Viernes: 9:00 am a 1:30 pm

El transporte hacia y desde el campamento es responsabilidad de los padres. Para comodidad de los padres, la guardería infantil está disponible antes y después del campamento, de las 8:00 am a las 5:00 pm.

Ubicación:

Monterey Park Elementary School 410 San Miguel Ave., 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 mantener 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 Hospitals.

El pago se puede realizar de dos formas:

1) Con tarjeta de crédito a través de nuestro sitio web en svmhfoundation.org/asthmacamp

2) Con cheque, a nombre de: Salinas Valley Health Foundation. Por favor, indique "Campamento del Asma" y el nombre de su campista en el campo sección de notas.

Envíe el paquete de inscripción completo por correo electrónico a HealthPromotion@SalinasValleyHealth.com o envíelo por correo a la siguiente dirección:

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

Para más información:

Visite 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
☐ Varón/Hembra ☐ 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? ☐ Sí ☐ No

Nombre: _____

¿Su hijo requerirá cuidado de guardería antes del campamento, a partir de las 8 am? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo requerirá cuidado de guardería después del campamento, hasta las 5:00 pm? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo tiene necesidades o consideraciones especiales de atención médica? ☐ Sí ☐ 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

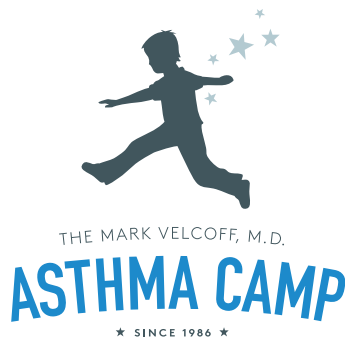
interfieren con las actividades y el sueño ☐ Otros, explique: _____

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

Nombre	Concentración	Horas que se administra
Nombre	Concentración	Horas que se administra
Nombre	Concentración	Horas que se administra

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

☐ Médico ☐ Televisión/Radio/por escrito ☐ Escuela ☐ Otro: _____



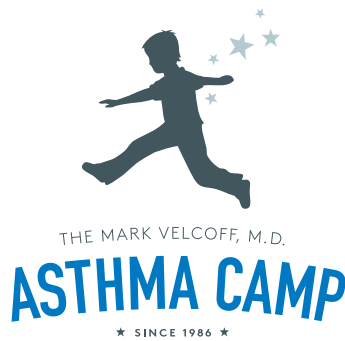
13. Se da prioridad de inscripción a los campistas primerizos:

- ☐ Este será el primer año que asistir
- ☐ Este será el segundo año que asistir
- ☐ Este será mi _____ año que asistir

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 19 de junio 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 50 asistentes. La inscripción para el campamento de asma está limitado para garantizar un distanciamiento seguro y recomendaciones de acuerdo con las pautas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).



LÍDER DE CAMPAMENTO JUNIOR

Proporciona a los estudiantes la oportunidad de mantenerse conectados con el programa.

**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
☐ Varón/Hembra ☐ 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? ☐ Sí ☐ No

Nombre: _____

¿Su hijo requerirá cuidado de guardería antes del campamento, a partir de las 8 am? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo requerirá cuidado de guardería después del campamento, hasta las 5:00 pm? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo tiene necesidades o consideraciones especiales de atención médica? ☐ Sí ☐ No

SELECCIONE
UNO

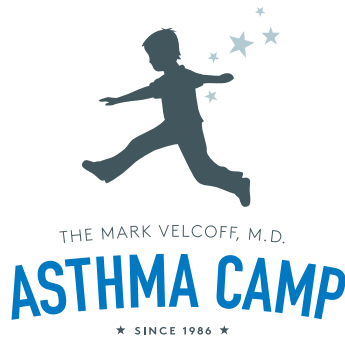
TALLA DE CAMISA PARA SU HIJO

☐ 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 o hija? Por favor, marque todo lo que aplique.

☐ Infecciones ☐ Animales ☐ Polvo ☐ Polen ☐ Moho ☐ Emociones ☐ Ejercicio ☐ Comida

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

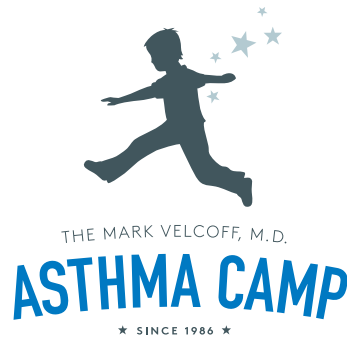
interfieren con las actividades y el sueño ☐ Otros, explique: _____

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

Nombre	Concentración	Horas que se administra
Nombre	Concentración	Horas que se administra
Nombre	Concentración	Horas que se administra

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

☐ Médico ☐ Televisión/Radio/por escrito ☐ Escuela ☐ Otro: _____



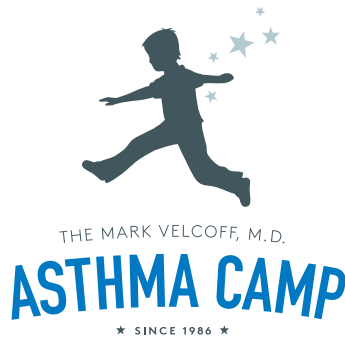
13. Se da prioridad de inscripción a los campistas primerizos:

- ☐ Este será el primer año que asistir
- ☐ Este será el segundo año que asistir
- ☐ Este será mi _____ año que asistir.

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 20 de junio 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 50 asistentes. La inscripción para el campamento de asma está limitado para garantizar un distanciamiento seguro y recomendaciones de acuerdo con las pautas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).



referencia médica

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 CONTROLADORES 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: _____

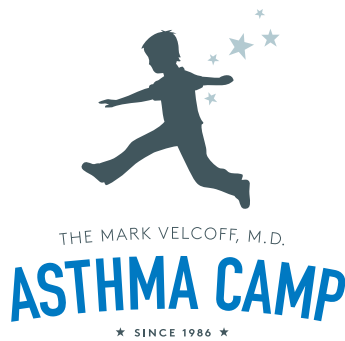
10. Comentarios adicionales: _____

Firma del médico

Fecha

Envíe el formulario por correo o fax a:

Asthma Camp Registration, Salinas Valley Health/Health Promotion Department,
450 E. Romie Lane, Salinas, CA 93901
Fax: 831-422-1014



ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, RENUNCIA Y CONSENTIMIENTO

___ Doy permiso para que mi hijo asista al Campamento del Asma Mark Velcoff, M.D. en la Monterey Park Elementary School en Salinas y participe en todas las actividades y excursiones del Campamento del Asma. En consideración a la participación de mi hijo en el Campamento del Asma Mark Velcoff, M.D., que incluye, entre otras actividades, la participación en actividades atléticas, clases de ejercicio y programas deportivos, incluido cualquier programa fuera del sitio, entiendo que Salinas Valley Health y Salinas Valley Health Foundation, Inc. no asumen ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades que mi hijo pueda sufrir como resultado de su condición física o como resultado de la participación de mi hijo en cualquiera de las actividades antes mencionadas. Doy permiso para que mi hijo sea transportado de las actividades básicas del campamento a cualquier actividad especial relacionada con el campamento.

___ En caso de enfermedad o lesión de mi hijo, autorizo y doy mi consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental y atención en el centro médico que se determine necesaria y que sea proporcionada por médicos o personal de la sala de emergencias con licencia bajo la disposición de la Ley de Práctica Médica. Se entiende que esta autorización se otorga con anticipación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención que el centro médico 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 brindar tratamiento a mi hijo. Sin embargo, no se suspenderá el tratamiento si no se me puede localizar. Autorizo al centro médico entregar la custodia física de mi hijo a la persona que lo presentó para recibir tratamiento al finalizar el tratamiento si no estoy presente en el momento en que den de alta a mi hijo. Este consentimiento permanecerá vigente desde el 25 de julio de 2023 hasta el 4 de agosto de 2023.

___ Personalmente y en nombre de mi hijo, por la presente libero, dispenso y acepto eximir de responsabilidad a Salinas Valley Health, sus directivos, funcionarios, empleados, agentes y voluntarios, así como a Salinas Valley Health Foundation, Inc., sus regidores, agentes y voluntarios ("Partes Liberadas de Responsabilidad") de y contra de todas y cada una de las reclamaciones o derechos que puedan surgir en lo sucesivo contra las Partes Liberadas de Responsabilidad por lesiones, enfermedades, muerte, pérdida o daños directos o indirectos que yo o mi hijo pudiéramos sufrir o padecer como resultado de la participación de mi hijo en el Campamento del Asma Mark Velcoff, M.D.

___ También doy mi consentimiento y autorizo a Salinas Valley Health y a Salinas Valley Health Foundation, Inc. para que puedan fotografiar o permitir que otras personas fotografíen a mi hijo y usen los negativos o las impresiones preparadas a partir de dichas fotografías para los fines que Salinas Valley Health o Salinas Valley Health Foundation, Inc. consideren apropiados. Por la presente renuncio a cualquier derecho a remuneración por dichos usos de las fotografías. El término "fotografía" se refiere a una imagen o fotografía fija en cualquier formato, así como cintas de video, discos de video y cualquier otro medio mecánico de grabación y reproducción de imágenes.

___ Acepto que este Acuerdo de Liberación de Responsabilidad, 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 o hija requerirá cuidado de guardería antes del campamento, a partir de las 8 am: ☐ SÍ ☐ NO

Mi hijo o hija requerirá cuidado de guardería después del campamento, hasta las 5:00 pm: ☐ SÍ ☐ NO

Nombre del Campista

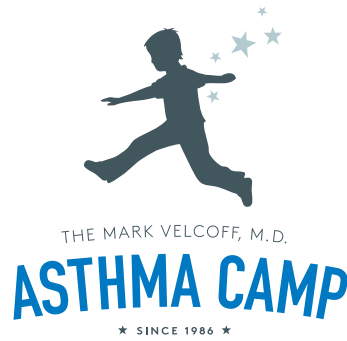
Fecha

Nombre del padre/tutor (Impreso o en letra de molde)

Firma del padre, madre o tutor

SalinasValleyHealth.com/asthmacamp

renuncia y liberación de responsabilidad



Usted y su familia están invitados a asistir al
evento de Salinas Valley Health

El Campamento del Asma Mark Velcoff, MD 2023 Almuerzo de amigos y familias

Las festividades comenzarán a las 10:30 am el viernes 4 de agosto.

Se llevarán a cabo en la Monterey Park Elementary School,
410 San Miguel Ave, Salinas, CA 93901

Busque el letrero de nuestro campamento

Confirmar asistencia antes del lunes 31 de julio al 831-759-1890

El personal del Campamento del Asma espera su participación en
nuestras ceremonias finales.

¡Ayúdenos a felicitar a nuestros jóvenes graduados!

Tener en cuenta lo siguiente: Su hijo deberá ser recogido en la Monterey
escuela Park Elementary a la 1:00 pm el viernes 4 de agosto.

(No habrá servicio de guardería posterior al campamento disponible el viernes por la tarde.
Planifique teniendo esto en cuenta.)



FOUNDATION

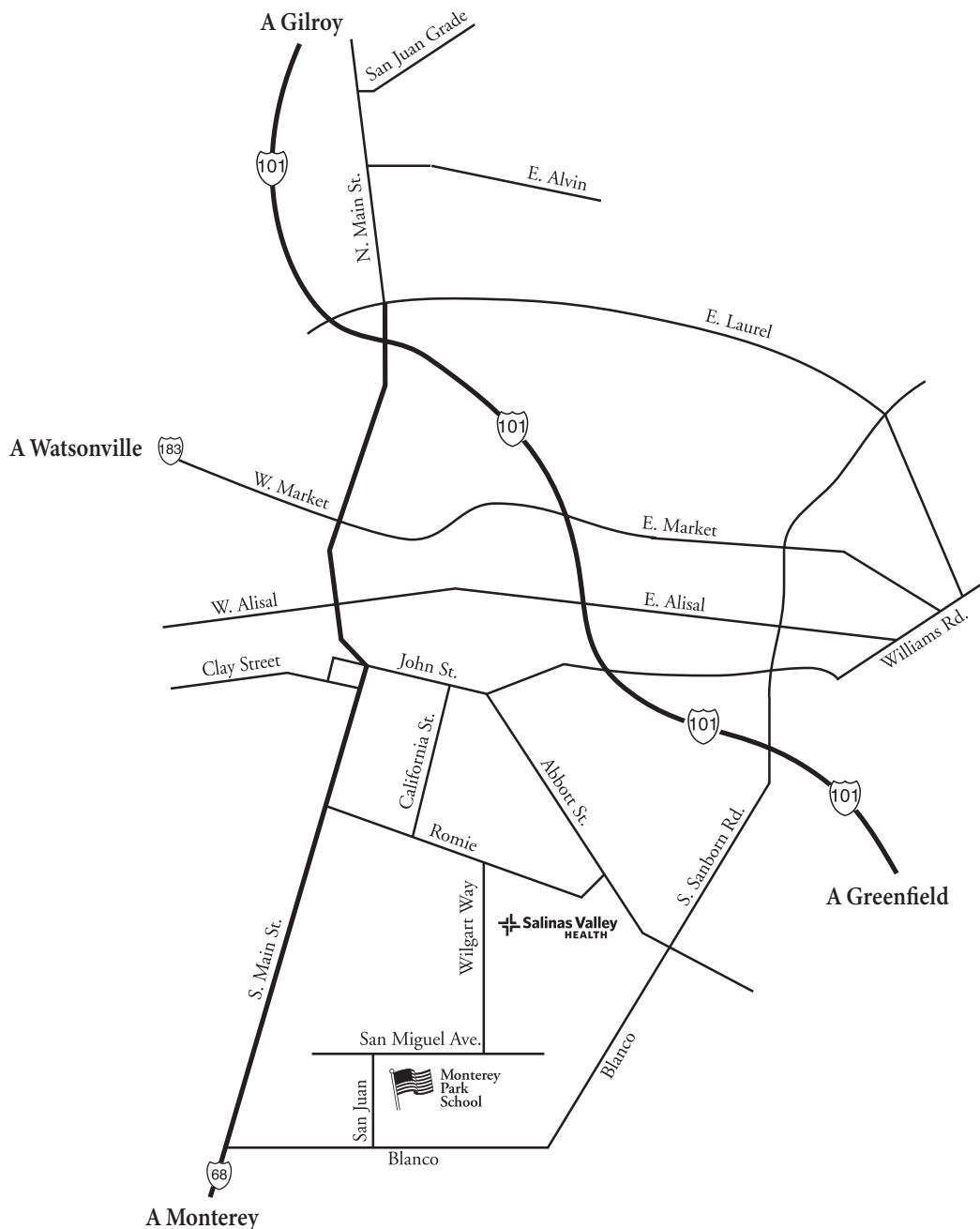
SalinasValleyHealth.com/asthmacamp

graduación familiar



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

Monterey Park Elementary School • 410 San Miguel Ave., Salinas
Estacione su vehículo frente a la escuela. Camine con su hijo detrás
de la escuela siguiendo el camino de entrada.



SalinasValleyHealth.com/asthmacamp

directions / map

Indicar nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Indicar dirección: _____

Nombre del camper: _____

Indicar ciudad/estado/código postal: _____

infancia para niños/as de 6 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/niña 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/niña 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 Suma 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?

 0 Muy mala	 1 Mala	 2 Buena	 3 Muy buena
--	--	---	---

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

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

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

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

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

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 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?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 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?

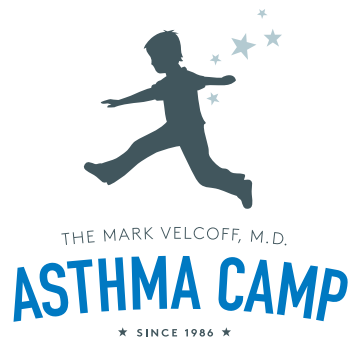
5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días
------------	--------------------	---------------------	----------------------	----------------------	---------------------

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

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

PUNTAJE

TOTAL



NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ ☐ VARÓN ☐ HEMBRA

NOMBRE DEL PADRE/MADRE _____

TELÉFONO DE CASA _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____ TELÉFONO CELULAR _____

DIRECCIÓN _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: LISTA DE PERSONAS ALTERNATIVAS A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

MÉDICO _____ TELÉFONO _____

¿HA ASISTIDO AL CAMPAMENTO ANTERIORMENTE? ☐ SÍ ☐ NO (N.º DE) AÑOS _____

MEDICAMENTOS ACTUALES _____

ALERGIAS GRAVES _____ Escriba cualquier comentario adicional en el reverso de esta ficha.



THE MARK VELCOFF, M.D.

ASTHMA CAMP

★ SINCE 1986 ★

Lunes, 31 de julio

Día de Introducción

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura, estaciones y fotografía del grupo. Repartición de camisetas, libro de trabajo, botellas de agua y riñoneras
10:00 - 10:15	Refrigerios
10:15 - 11:30	Orientación sobre asma
11:30 - 12:30	Almuerzo
12:30 - 2:00	Campamento de fútbol/artes y manualidades
2:15 - 2:45	Técnicas de relajación/ Entrenamiento de liderazgo
2:45 - 3:00	Refrigerio, reflexión de cierre
3:00	Recogida

Martes, 1 de agosto

Día de natación (Salinas Aquatics Center)

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura, y estaciones
10:00 - 10:15	Refrigerios
10:15 - 11:30	Educación sobre asma
11:45 - 12:30	Almuerzo
12:30	Autobús a Salinas Aquatics Center para nadar
1:00 - 2:00	Nadar
2:00 - 2:15	Autobús a Monterey Park Elementary School
2:30 - 3:30	Técnicas de relajación/refrigerio/ Entrenamiento de liderazgo
3:30 - 4:00	Artes y manualidades
4:00	Recogida

Miércoles 2 de agosto

Día de excursión

9:00 - 9:30	Ceremonia de apertura, y estaciones
9:30 - 11:00	Educación de asma
11:15 - 12:15	Almuerzo
11:45	La guardabosques Tammy y su serpiente, Kolbie, se unirán a nosotros para las fotografías.
12:15 - 12:30	Autobús a Creekside Trail Head
12:30 - 3:15	Excursión y refrigerio seguido de regalo especial para campistas jóvenes y proyecto de diario natural con la guardabosques Tammy
3:15 - 3:45	Autobus hacia escuela Monterey Park Elementary
4:00 - 8:00	Noche familiar: traiga a toda la familia para jugar, camión de comida, fiesta de helados y noche de películas
8:00	Recogida

Jueves, 3 de agosto

Día de natación (Salinas Aquatics Center)

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura, y estaciones
10:00 - 10:15	Refrigerios
10:15 - 11:30	Educación de asma
11:45 - 12:30	Almuerzo
12:30	Autobús a Salinas Aquatics Center para nadar
1:00 - 2:00	Nadar
2:00 - 2:15	Autobús a Monterey Park Elementary School
2:30 - 3:30	Técnicas de relajación/refrigerio/ Entrenamiento de liderazgo
3:30 - 4:00	Artes y manualidades
4:00	Recogida

Viernes, 4 de agosto

Graduación

9:00 - 10:00	Ceremonia de apertura, y estaciones
10:00 - 10:15	Refrigerios
10:15 - 12:00	Campamento de juegos Olímpicos
12:00 - 12:30	Almuerzo familiar
12:30 - 1:30	Graduación/premios
1:30	Recogida/fin del campamento

horario del campamento