RELEASE, INDEMNITY AND ASSUMPTION OF RISK

I am signing this Release so that my child can participate in Camp Catanese. This Release, Indemnity and Assumption of Risk covers all events and occurrences associated with Camp Catanese, the Camp Catanese Foundation, Pueblo Del Sol and the Isaac School District, and Arizona State University. I understand that if I have any concerns about my child's health or ability to participate, it is my responsibility to discuss my concerns with my physician before deciding to participate.

In consideration of the acceptance of my child's application for Camp Catanese, and my child's ability to participate in same, we hereby waive, release, and discharge any and all claims for personal injury or property damages which have occurred or which may hereafter occur to me as a result of my child's participation in Camp Catanese. I agree to assume the risk that unexpected events may occur and could potentially result in harm, injury, illness, or even death to my child or damage to my property while my child is participating in or observing Camp Catanese. I agree to indemnify Camp Catanese and the Camp Catanese Foundation, and their officers, directors, employees, and volunteers and not to sue Camp Catanese and the Camp Catanese Foundation, and their officers, directors, employees, and volunteers, for any harm or damage associated with my child's participation, observation, or travel if the harm or damage is not due to the negligence or fault of Camp Catanese. I understand that my child's participation in these activities is voluntary.

Camper Signature:_____
Date: ___/___/___

Parent/Legal Guardian Signature:_____
Date: ___/___/___

Relationship to Camper: _____
If participant is younger than 18 years old, Parent or Legal Guardian must also sign.

LIBERACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO

Estoy firmando este comunicado para que mi hijo pueda participar en el Campamento Catanese. Esta Liberación, Indemnización y Asunción de Riesgo cubre todos los eventos y sucesos asociados con Camp Catanese, la Fundación Camp Catanese, Pueblo Del Sol y el Distrito Escolar Isaac, y la Universidad Estatal de Arizona. Entiendo que si tengo alguna inquietud sobre la salud de mi hijo o su capacidad para participar, es mi responsabilidad hablar sobre mis inquietudes con mi médico antes de decidir participar.

En consideración a la aceptación de la solicitud de mi hijo para el Campamento Catanese, y la capacidad de mi hijo para participar en el mismo, por la presente renunciamos, liberamos y descargamos cualquier y todos los reclamos por lesiones personales o daños a la propiedad que hayan ocurrido o que puedan ocurrirme en el futuro. como resultado de la participación de mi hijo en Camp Catanese. Acepto asumir el riesgo de que ocurran eventos inesperados y que puedan resultar en daños, lesiones, enfermedades o incluso la muerte de mi hijo o daños a mi propiedad mientras mi hijo participa u observa el Campamento Catanese. Acepto indemnizar a Camp Catanese y la Fundación Camp Catanese, y sus funcionarios, directores, empleados y voluntarios y no demandar a Camp Catanese y la Fundación Camp Catanese, y sus funcionarios, directores, empleados y voluntarios, por cualquier daño o perjuicio. asociado con la participación, observación o viaje de mi hijo si el daño o daño no se debe a la negligencia o culpa de Camp Catanese. Entiendo que la participación de mi hijo en estas actividades es voluntaria.

Firma del campista: _____
Fecha: ___/___/___

Firma del padre/tutor legal: _____
Fecha: ___/___/___

Relación con el campista: _____
Si el participante es menor de 18 años, el padre o tutor legal también debe firmar.

PHOTO/PUBLICITY RELEASE

I, _____ (print full name of Parent/ Legal Guardian), on behalf of and as the parent or legal guardian of the following person, who is under eighteen (18) years of age, _____ (print full legal name of camper), hereby authorize Camp Catanese to record my child's picture, voice and likeness in photographs, films, videotapes or other media during, and in connection with, Camp Catanese Summer Camp 2023 Session to use on the Camp Catanese website, in the newspaper or news media, or in any other media publication without further compensation or permission. Such recordings and photographs become the sole property of Camp Catanese.

I give permission for the use of any video images, photographs, audio recordings, or any other visual or audio reproduction that may be taken of my child during camp to be used in the camp video, on the camp website, for promotional purposes of the camp, or shown as Camp Catanese and the Camp Catanese Foundation sees fit; in perpetuity.

Camper Signature:_____ Date: ___/___/___

Parent/Legal Guardian Signature:_____ Date: ___/___/___

Relationship to Camper: _____

If participant is younger than 18 years old, Parent or Legal Guardian must also sign.

FOTO/COMUNICADO PUBLICITARIO

Yo, _____ (escriba el nombre completo del padre/tutor legal), en nombre y como padre o tutor legal de la siguiente persona, que es menor de dieciocho (18) años de edad, _____ (escriba el nombre legal completo del campista), por la presente autorizo a Camp Catanese a grabar la imagen, la voz y la imagen de mi hijo en fotografías, películas, cintas de video u otros medios durante y en relación con la sesión Camp Catanese Summer Camp 2023 para usar en el sitio web de Camp Catanese, en el periódico o en los medios de comunicación, o en cualquier otra publicación de medios sin compensación o permiso adicional. Tales grabaciones y fotografías pasan a ser propiedad exclusiva de Camp Catanese.

Doy permiso para el uso de imágenes de video, fotografías, grabaciones de audio o cualquier otra reproducción visual o de audio que se pueda tomar de mi hijo durante el campamento para usar en el video del campamento, en el sitio web del campamento, con fines promocionales del campamento, o mostrado como Camp Catanese y la Fundación Camp Catanese lo consideren adecuado; en perpetuidad.

Firma del campista: _____
Fecha: ___/___/___

Firma del padre/tutor legal: _____
Fecha: ___/___/___

Relación con el campista: _____
Si el participante es menor de 18 años, el padre o tutor legal también debe firmar.

CAMP CATANESE MEDICAL FORM

Camper Last Name: _____ Camper First Name: _____

Emergency Contact Information:

Name of Emergency Contact: _____ Phone Number of Emergency Contact: ___-____-____

Relation of Emergency Contact to Camper: _____

Camper Allergies

Please list allergies as follows: What camper is allergic to / Reaction / Typical Treatment; for example: Shellfish / Hives / Benadryl

Food Allergies: _____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____ _____

Medication/Drug Allergies: _____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

Other Allergies: _____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

Camper Medical History

Please check all that apply or if not mentioned, write in medical condition below.

- ☐ Asthma or Other Lung / Breathing Disease
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsy / Seizure Disorder (Please type date of last seizure in the next question)
- ☐ Heart Disorders / Murmur
- ☐ Current Fracture (s) / Broken Bone(s) or Bone Disease
- ☐ Skin Disorders / Eczema
- ☐ Migraine Headaches
- ☐ Mental Health Concern (Anxiety / Depression / Other)
- ☐ Recurrent Ear or Eye Infections
- ☐ Head Injury (including concussions)
- ☐ Impaired hearing (Requiring Hearing Aids / Cochlear Implants / Other)
- ☐ Frequent Fainting
- ☐ Currently or Recently (within 3 months) Pregnant
- ☐ Bleeding or Clotting Disorders
- ☐ No known medical history
- ☐ Other (not listed here; please further explain in the next question)

If you have another medical condition not listed above,
please write here and explain. If you feel you need to further describe any of the above medical conditions, you may also do so here.

_____
_____
_____

Camper Medications

Please list all medications currently being taken in this format: Name of Medication / Dosage of medication / Time of day taken / Reason for taking medication; For example: Claritin / 10 mg / Once in the morning / Seasonal Allergies

Medication #1: _____/_____/_____/_____
Medication #2: _____/_____/_____/_____
Medication #3: _____/_____/_____/_____

Medication #4: _____/_____/_____/_____
Medication #5: _____/_____/_____/_____

Administration of As-needed Medications While at Camp:
Please check one of the following options in regards to medical staff administering over-the-counter medications to the camper if needed during the camp session:

☐ I consent to medical staff administering any over-the-counter medications as needed to the camper during the camp session *(examples of some medications that may be administered if needed are listed below; please note this list is not exhaustive)*

☐ There are *some* over-the-counter medications I do NOT wish for the camper to receive. These include: (please list the medications you do NOT want your child to receive) _____
_____

☐ I do NOT want the camper to receive any over-the-counter medications while at camp.

For Allergies / Allergic Reactions:
- Allegra (Fexofenadine) / Claritin (Loratidine) / Zyrtec (Cetirizine)
- Benadryl (Diphenhydramine)
- Topical Creams (Benadryl cream, Hydrocortisone Creams)
- Albuterol Inhaler (in the scenario of asthmatic reactions)
- Epi Pen (in the scenario of severe/life-threatening allergic reactions)

For Gastrointestinal Issues
- Dulcolax (for constipation)
- Miralax (for constipation)
- Immodium (for diarrhea)
- Pepto Bismol (for indigestion)
- Tums (for indigestion)

For Sinuses / Ears, Nose, & Throat Concerns:
- Cough Drops / Throat Lozenges
- DayQuil / NightQuil (i.e. Acetaminophen, Phenylephrine, Dextromethorphan)
- Pseudoephedrine (i.e. Sudafed - decongestant)
- Swimmer's Ear Drops

For Eyes:
- Eye Drops / Artificial Tears
- Sterile saline

For Pain
- Ibuprofen (i.e. Advil, Motrin)
- Acetaminophen (i.e. Tylenol)
- Naproxen
- Topical Pain Relief Gels/Creams (i.e. Topical Lidocaine / Icy Hot)

Please note, except in the case of a known allergic reaction, medical staff will utilize ice packs/heat packs, extremity wraps, bandages, tape, sterile wound washes, and topical antibiotic creams as needed as well.

Physician & Insurance Information
Please list information about the camper's physician and insurance information.

Name of Family Doctor/Pediatrician: _____
Phone number of Doctor's office: ____-_____-_____

Name of Dentist: _____
Phone number of Dentist office: ____-_____-_____

Name of other Doctor/Medical Specialist: _____
Phone number of other Doctor/Medical Specialist: ____-_____-_____

Name of Medical Insurance Company: _____
Subscriber Name: _____

Identification Number: _____
Group/Plan Number: _____

Name of Dental Insurance Company:
Subscriber Name: _____
Identification Number: _____
Group/Plan Number: _____

Vaccinations / COVID-19:
Will the camper be vaccinated against COVID-19 before the start of camp? **Yes / No**
To your knowledge, Is the camper up-to-date on other childhood vaccinations (MMR, TDAP, etc.)? **Yes / No**

Dietary & Activity Restrictions:
Does the camper have any dietary restrictions that are NOT allergies, but lifestyle choices, religious obligations, or preferences (for example: vegetarian, no red meat)? If so, please explain here: _____
_____
_____

Does the camper have any activity restrictions (for example: unable to lift items greater than 10 pounds or unable to use right arm)? If so, please explain here: _____
_____
_____

Parent Consent for Medication Administration, Release of Medical Information and Emergency Treatment
I authorize the health care staff to administer over-the-counter medication per package dosage and schedule recommendations. Over-the-counter medications are listed in this application.

I authorize the health care staff to administer prescribed medication when ordered. I will supply medication in the original container with a pharmacy issued label, with my child's name on it, and accompanied with a physician's order.

I permit medical information to be shared as appropriate, with involved camp staff for the well-being of my child/ children.

I permit the Camp Director, health care staff, or designated camp staff, to care for my child/children if illness occurs during the camp session.

I authorize the Camp Director, health care staff, or designated staff, to obtain emergency treatment for my child/ children if unable to contact a parent/legal guardian.

Parent/Legal Guardian Signature:_____ Date: ___/___/___

Relationship to Camper: _____

FICHA MÉDICA DEL CAMPAMENTO CATANÉS

Apellido del Campista: _____ Nombre del Campista: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:
Nombre del contacto de emergencia: _____
Número de teléfono del contacto de emergencia: _____-_____-_____
Relación del contacto de emergencia con el campista: _____

Alergias de Campistas:
Enumere las alergias de la siguiente manera: A qué campista es alérgico / Reacción / Tratamiento típico; por ejemplo: Mariscos / Urticaria / Benadryl

Alergias a los alimentos: _____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

Alergias a medicamentos/drogas: _____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

Otras alergias: _____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

Historial Médico del Campista:
Marque todo lo que corresponda o, si no se menciona, escriba la condición médica a continuación.

- ☐ Asma o otra enfermedad pulmonar/respiratoria
- ☐ Diabetes
- ☐ Trastorno de epilepsia/convulsiones (Escriba la fecha de la última convulsión en la siguiente pregunta)
- ☐ Condiciones cardíacos / soplo
- ☐ Fractura(s) actual(es) / Hueso(s) roto(s) o enfermedad ósea
- ☐ Trastornos de la piel / eccema
- ☐ Migrañas
- ☐ Preocupación por la salud mental (ansiedad/ depresión/otro)
- ☐ Infecciones recurrentes de los oídos o los ojos
- ☐ Lesión en la cabeza (incluyendo conmociones cerebrales)
- ☐ Problemas de audición (que requieren audífonos / implantes cocleares / otros)
- ☐ Desmayos Frecuentes
- ☐ Embarazada actualmente o recientemente (dentro de los 3 meses)
- ☐ Condiciones hemorrágicos o de la coagulación
- ☐ Sin antecedentes médicos conocidos
- ☐ Otro (no incluido aquí; explique con más detalle en la siguiente pregunta)

Si tiene otra afección médica no mencionada anteriormente, escriba aquí y explique. Si cree que necesita describir con más detalle cualquiera de las condiciones médicas anteriores, también puede hacerlo aquí.

_____
_____
_____

Medicamentos para Campistas:
Enumere todos los medicamentos que se toman actualmente en este formato: Nombre del medicamento / Dosis del medicamento / Hora del día en que se toma / Motivo por el que se toma el medicamento; Por ejemplo: Claritin / 10 mg / Una vez por la mañana / Alergias estacionales

Medicamento #1: _____/_____/_____/_____
Medicamento #2: _____/_____/_____/_____
Medicamento #3: _____/_____/_____/_____
Medicamento #4: _____/_____/_____/_____
Medicamento #5: _____/_____/_____/_____

Administración de medicamentos según sea necesario durante el campamento:
Marque una de las siguientes opciones con respecto al personal médico que administra medicamentos de venta libre al campista si es necesario durante la sesión de campamento:

- ☐ Doy mi consentimiento para que el personal médico administre cualquier medicamento de venta libre según sea necesario al campista durante la sesión de campamento *(a continuación se enumeran ejemplos de algunos medicamentos que se pueden administrar si es necesario; tenga en cuenta que esta lista no es exhaustiva)*

- ☐ Hay algunos medicamentos de venta libre que NO deseo que reciba el campista. Estos incluyen: (enumere los medicamentos que NO desea que su hijo reciba) _____
_____

- ☐ NO quiero que el campista reciba ningún medicamento de venta libre mientras esté en el campamento.

Para alergias/reacciones alérgicas:
- Allegra (fexofenadina) / Claritin (loratidina) / Zyrtec (cetirizina)
- Benadryl (difenhidramina)
- Cremas Tópicas (Crema Benadryl, Cremas Hidrocortisona)
- Inhalador de albuterol (en el escenario de reacciones asmáticas)
- Epi Pen (en el escenario de reacciones alérgicas graves/potencialmente mortales)

Para problemas gastrointestinales:
- Dulcolax (para el estreñimiento)
- Miralax (para el estreñimiento)
- Immodium (para la diarrea)
- Pepto Bismol (para la indigestión)
- Tums (para la indigestión)

Para problemas de senos paranasales/oídos, nariz y garganta:
- Pastillas para la tos/pastillas para la garganta
- DayQuil / NightQuil (es decir, acetaminofén, fenilefrina, dextrometorfano)
- Pseudoefedrina (es decir, Sudafed - descongestionante)
- Gotas para los oídos de nadador

Para ojos:
- Gotas de lubricación para los ojos / lágrimas artificiales
- Solución salina estéril

Para el dolor:
- Ibuprofen (es decir, Advil, Motrin)
- Acetaminofén (es decir, Tylenol)
- Naproxen
- Geles/cremas tópicos para el alivio del dolor (es decir, lidocaína tópica/ IcyHot)

Tenga en cuenta que, excepto en el caso de una reacción alérgica conocida, el personal médico utilizará bolsas de hielo/ bolsas de calor, envolturas para las extremidades, vendajes, cinta adhesiva, lavados estériles para heridas y cremas antibióticas tópicas, según sea necesario.

Información de médicos y seguros
Indique información sobre el médico del campista y la información del seguro.

Nombre del Médico de Familia/Pediatra: _____
Número de teléfono del consultorio del médico: ____-_____-_____

Nombre del dentista: _____
Número de teléfono de la oficina del dentista: ____-_____-_____

Nombre de otro Doctor/Médico Especialista: _____
Número de teléfono de otro médico/especialista médico: ____-_____-_____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____
Nombre del suscriptor: _____
Número de identificación: _____
Número de grupo/plan: _____

Nombre de la compañía de seguros dentales:
Nombre del suscriptor: _____
Número de identificación: _____
Número de grupo/plan: _____

Vacunas / COVID-19:
¿Se vacunará al campista contra el COVID-19 antes del inicio del campamento? **Sí / No**
Según su conocimiento, ¿está el campista al día con otras vacunas infantiles (MMR, TDAP, etc.)? **Sí / No**

Restricciones dietéticas y de actividad:
¿El campista tiene restricciones dietéticas que NO son alergias, sino opciones de estilo de vida, obligaciones religiosas o preferencias (por ejemplo: vegetariano, sin carne roja)? Si es así, por favor explique aquí: _____
_____
_____

¿Tiene el campista alguna restricción de actividad (por ejemplo: no puede levantar objetos de más de 10 libras o no puede usar el brazo derecho)? Si es así, por favor explique aquí: _____
_____
_____

Consentimiento de los padres para la administración de medicamentos, divulgación de información médica y tratamiento de emergencia

Autorizo al personal de atención médica a administrar medicamentos de venta libre según las recomendaciones de dosis y horario del paquete. Los medicamentos de venta libre se enumeran en esta solicitud.

Autorizo al personal de atención médica a administrar los medicamentos recetados cuando se ordenen. Suministraré el medicamento en el envase original con una etiqueta emitida por la farmacia, con el nombre de mi hijo y acompañado de una orden médica.

Autorizo que la información médica se comparta, según corresponda, con el personal del campamento involucrado para el bienestar de mi hijo/hijos.

Permito que el director del campamento, el personal de atención médica o el personal designado del campamento cuiden a mi hijo o hijos si se enferman durante la sesión del campamento.

Autorizo al director del campamento, al personal de atención médica o al personal designado a obtener tratamiento de emergencia para mi hijo o hijos si no puedo contactar a un padre o tutor legal.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: ___/___/___
Relación con el Campista: _____