



39.º Campamento de deportes en silla de ruedas para jóvenes de Colorado,  
del 6 al 10 de junio de 2022

## Formulario oficial de inscripción

**FECHA LÍMITE DE ENTREGA:**

Se ruega completar el formulario de inscripción y enviarlo antes del **27 de mayo de 2022** a:

Colorado Junior Wheelchair Sports Camp  
a la atención de Holly Wells  
1700 East 28<sup>th</sup> Avenue  
Denver, CO, 80205  
Correo electrónico: HWells@dpsk12.net

Nombre del campista\* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
APELLIDO(S) (EN LETRA DE MOLDE) NOMBRE

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Teléfono del campista (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre del padre, madre o tutor/a legal \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Discapacidad: \_\_\_\_\_

Otras condiciones médicas/alergias (sea específico): \_\_\_\_\_  
Ataques convulsivos Sí/No \_\_\_\_\_ Alergia al látex: Sí/No \_\_\_\_\_

Medicamentos que debe tomar durante las horas del campamento (incluya el nombre del medicamento/s) e indique la/s hora/s específica/s y la/s dosis a tomar \_\_\_\_\_

Toma medicamentos (marque la casilla correspondiente):  De forma independiente  Necesita asistencia parcial  Necesita asistencia de un enfermero/a

Indicaciones especiales \_\_\_\_\_

Información adicional que los enfermeros deben saber. \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia: Cuando no sea posible comunicarse con el padre, madre o tutor/a legal:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

Vacunado: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Catéter (marque la casilla correspondiente):**

- Usa un catéter de forma independiente
- Necesita asistencia parcial
- Necesita supervisión de un enfermero/a

Comprobar el estado del catéter durante las horas del campamento:

- 10 a.m.
- Mediodía
- 2 p.m.

**Pañales (marque la casilla correspondiente):**

- Los usa de forma independiente
- Necesita asistencia para cambiarlos
- Necesita asistencia total

**Aviso:** Se ruega enviar todas las provisiones para el catéter y el cambio de pañales en una mochila.

**Alimentación (marque la casilla correspondiente):**

- Necesita asistencia parcial
- Necesita asistencia total

**Aviso:** Se ruega proveer el equipo especial que pueda necesitar para su alimentación.

**Movilidad (marque las casillas correspondientes):**

- Camina independientemente
- Necesita que se le preste una silla de ruedas
- Usa una silla de ruedas todo el tiempo
- Usa una silla de ruedas parte del tiempo
- Usa una silla de ruedas eléctrica
- Usa una silla de ruedas manual
- Usa dispositivos ortopédicos/muletas
- Requiere asistencia para las transferencias

Médico de familia: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

### Exención

For and in consideration of Colorado Sports for the Physically Challenged, Inc., National Sports Center for the Disabled and the sponsors of this program, I the undersigned for myself, for anyone whom I am signing on behalf of, and for my heirs, successors and assignees, agree not to sue, and to release and forever discharge Colorado Sports for the Physically Challenged, Inc., National Sports Center for the Disabled, and each of their officers, employees, agents and assignees, from any and all liabilities, demands, or claims for loss or damage resulting from any injury or damage which may be sustained arising out of my participation in the Colorado Junior Wheelchair Sports Camp. I hereby also consent to allow medical treatment in case of emergency.

La admisión, participación o asistencia en el Campamento Juvenil para Deportes en Silla de Ruedas constituye permiso para ser fotografiado con posibles fines publicitarios o relacionados con la publicación y constituye una exención a todos y cada uno de los reclamos de compensación a todas las agencias patrocinadoras.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Firma del padre, madre o tutor/a legal (si el solicitante es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

Atestiguado por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

**El CJWCSC (por su sigla en inglés) seguirá todos los códigos de salud locales en lo que respecta a los protocolos de COVID-19, dados por el condado de Adams, condado de Aurora y las Escuelas Públicas de Aurora. Esto incluye los mandatos de uso de mascarillas, vacunas a los que participan en el CJWCSC, campistas, instructores deportivos y voluntarios. [HIPERVÍNCULO PARA OBTENER INFORMACIÓN DE COVID](#)[puede seleccionar el idioma en el menú despegable ubicado en la parte superior derecha de su pantalla]**

\*(hace referencia a ambos sexos/géneros)