

Los 7 formularios necesarios para inscripción en el Campamento Diabetes Safari 2013 se encuentran a continuación.

Todos los 7 formularios a continuación constituyen la solicitud de inscripción. Deberán imprimirse, llenarse a mano, firmarse y enviarse a la dirección indicada. Copias sin firmas (*a mano*) no serán aceptadas.

Los formularios necesarios para la inscripción de cada Campista incluyen:

1. Esta misma hoja, con indicación de su pago total o parcial (*página 1*)
2. Solicitud de inscripción y datos para poder comunicarse con los padres (*páginas 2 - 3*)
3. Información personal del Campista (*página 4*)
4. Datos del manejo y automanejo de hiperglucemia diabética (*páginas 5 - 8*)
5. Información médica (*página 9*)
6. Formulario de Autorización y Acuerdo Legales (*páginas 10 - 11*)
7. Copia de ficha de depósito (*sellada por el banco HSBC, en caso de pago por depósito bancario*)

Enviar una sola copia (*impresa o fotocopiada*) de los formularios, más una copia o el original de la ficha de depósito bancario, al:

**Correspondencia por correo o por mensajería:**

Dr. Stan De Loach  
Eje Central Lázaro Cárdenas 71 – #13  
(entre Ayuntamiento y Puente de Peredo)  
Colonia Centro, Delegación Cuauhtemoc  
06070 México 1, Distrito Federal, MEXICO  
Teléfono: [01 55] 5510 9830

**Costo total** de Campamento Diabetes Safari 2013 es: **7000 pesos mexicanos ó \$560 U. S. Dollars.** El mismo costo aplica para Campistas de cualquier país.

Anote la **cantidad** que está pagando para inscribir al Campista: \$ \_\_\_\_\_  
(*el mínimo depósito es de 7000 pesos mexicanos ó \$560 U. S. Dollars, sin excepción*)

Saldo de \$ \_\_\_\_\_ a pagar antes del 1 de abril de 2013.

**Fecha límite** para la recepción de la **solicitud completa de inscripción** y el **saldo total** del costo de la inscripción es el 28 de febrero de 2013; los que se inscriben desde fuera de México podrán negociar otro arreglo para el pago total.

Se puede pagar en **efectivo** (*con cita previa*) o por **depósito bancario** a cuenta # 06106282875 del Banco HSBC, a nombre de "Dr. Stan De Loach"

En caso de cancelación **antes** del 28 de febrero de 2013, se retiene del reembolso de lo pagado un cargo administrativo de 1500 pesos mexicanos ó 120 U. S. Dollars, sin excepción.

En caso de cancelación **a partir del 1º de marzo de 2013**, no se reembolsará parcial ni totalmente lo pagado para inscribir al Campista y sus padres, sin excepción.

**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

**Sexo** Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

**Edad** (al 16 de marzo 2013) \_\_\_\_\_ años

Grado escolar: \_\_\_\_\_ de primaria  
secundaria

**Fecha del diagnóstico de diabetes** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

¿Es la primera vez que asiste a un campamento para niños y adolescentes con diabetes mellitus?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**Dirección del Campista**

Calle \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Teléfonos** (del Campista y de sus padres)

Casa (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Celular (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Correo(s) electrónico(s)** \_\_\_\_\_

**Los que viven en la casa con el Campista...**

Madre sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Padre sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Hermano(s) sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_  
Hermana(s) sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_  
Otro(s) sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

**Padre del Campista**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**Dirección** *(sólo si es distinta a la del Campista)*

Calle \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Sus teléfonos** *(sólo los que sean diferentes a los del Campista)*

Casa *(código LADA = \_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_

Celular *(código LADA = \_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_

*(código LADA = \_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_

Trabajo *(código LADA = \_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_

**Correo(s) electrónico(s)** \_\_\_\_\_

**Madre del Campista**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**Dirección** *(sólo si es distinta a la del Campista)*

Calle \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Sus teléfonos** *(sólo los que sean diferentes a los del Campista)*

Casa *(código LADA = \_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_

Celular *(código LADA = \_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_

*(código LADA = \_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_

Trabajo *(código LADA = \_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_

**Correo(s) electrónico(s)** \_\_\_\_\_

**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

**Idioma preferido** español \_\_\_\_ inglés \_\_\_\_ otro (*especifique, por favor*) \_\_\_\_\_

**El Campista . . .**

**tiene buen apetito**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**tiene alergia a algún alimento, medicamento o droga**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

**tiene como intereses y pasatiempos**

\_\_\_\_\_

**desea asistir a este Campamento**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ Si no, aclare sus motivos, por favor: \_\_\_\_\_

**tiene algún problema médico o psicológico del cual el Staff del Campamento debería estar enterado**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_ Si sí, aclare el problema, por favor: \_\_\_\_\_

**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

El **endocrinólogo** del Campista es  
**Nombre** \_\_\_\_\_ **Última consulta** (día, mes, año)  
\_\_\_\_\_

**Teléfono** (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

El **pediatra** del Campista es  
**Nombre** \_\_\_\_\_ **Última consulta** (día, mes, año)  
\_\_\_\_\_

**Teléfono** (códigos LADA = \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**El Campista**

**se aplica las inyecciones de insulina**

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
con supervisión \_\_\_\_\_ sin supervisión \_\_\_\_\_  
Si "no" ¿quién se las aplica? \_\_\_\_\_

**prepara y carga las dosis de insulina para la inyección**

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
con supervisión \_\_\_\_\_ sin supervisión \_\_\_\_\_  
Si "no" ¿quién se las prepara? \_\_\_\_\_

**realiza el automonitoreo para medir los niveles de glucosa en su sangre**

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
con supervisión \_\_\_\_\_ sin supervisión \_\_\_\_\_  
Si "no" ¿quién lo realiza? \_\_\_\_\_

**aplica corrección (dosis complementaria) de insulina cuando su glucosa esté elevada**

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Si "sí" ¿a partir de cuál nivel de hiperglucemia? \_\_\_\_\_  
Si "sí" ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ veces por semana

**tiene otras condiciones médicas**

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Si sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**toma otros medicamentos (además de la insulina)**

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Si "sí" ¿cuáles?  
Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

**padece de hipoglucemia sin síntomas de alarma**

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**padece de hipoglucemia severa, con pérdida de conciencia y/o convulsiones**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**padece de hiperglucemia severa, con cetoacidosis y/o internación en el hospital**

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

¿Cuál **rango meta** utilizan el Campista y sus padres, para los valores de glucosa en sangre?

DE \_\_\_\_\_ mg/dL A \_\_\_\_\_ mg/dL

¿Con qué valor de glucosa en sangre consideran que el Campista tiene **hiperglucemia (ALTO nivel de glucosa en sangre)**?

\_\_\_\_\_ mg/dL

Fecha de **última hiperglucemia severa** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

¿ Con cuál valor de glucosa en sangre consideran que el Campista tiene **hipoglucemia (BAJO nivel de glucosa en sangre)**?

\_\_\_\_\_ mg/dL

Fecha de **última hipoglucemia severa** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

**¿Cómo y con qué trata el Campista los niveles bajos de glucosa en sangre?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los **signos personales** del Campista de bajos niveles de azúcar (*hipoglucemia*)?

hambre	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
palidez	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
sudoración	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
temblor	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
dolor de cabeza	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
agresividad	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
confusión	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
náusea	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
convulsión	nunca	rara	1-3/mes	1-3/semana	Diaria
otro:	_____		¿Con qué frecuencia? _____		

Fecha de **última convulsión o inconsciencia** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado/a por **cetoacidosis (DKA)**? sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

Fecha de **última cetoacidosis** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Fecha de **última hospitalización por cetoacidosis** (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Motivo de **última hospitalización**

(si no fuera por cetoacidosis) \_\_\_\_\_

**¿Cómo calculan el Campista y sus padres las porciones de los alimentos que él o ella coma?**

por peso ( <i>gramos</i> )	sí ____	no ____
por medidas ( <i>taza, cucharada</i> )	sí ____	no ____
por estimación ( <i>visual</i> )	sí ____	no ____
por conteo de gramos de carbohidratos	sí ____	no ____
no calculamos porciones de alimentos	sí ____	

**¿Cómo califican el nivel de actividad física del Campista?**

Muy activo \_\_\_\_\_ Algo activo \_\_\_\_\_ Generalmente inactivo \_\_\_\_\_

**Insulina humana o análogo de insulina humana que el Campista utiliza actualmente**

**Nota:** Durante el Campamento, los Campistas utilizarán una insulina basal **detemir (Levemir)** o **glargina (Lantus)** y un análogo de insulina prandial y para corrección de hiperglucemia eventual [**aspart (NovoRapid), lispro (Humalog), glulisina (Shorant)**, por ejemplo]; los que llegan utilizando la bomba de insulina decidirán si seguir durante el Campamento con la bomba o si utilizar inyecciones para control de la glucosa en sangre.

Levemir ( <i>detemir</i> )	sí ____	no ____
Lantus ( <i>glargina</i> )	sí ____	no ____
NovoRapid ( <i>aspart</i> )	sí ____	no ____
Shorant ( <i>glulisina</i> )	sí ____	
Humalog ( <i>lispro</i> )	sí ____	
R ( <i>Regular</i> )	sí ____	no ____
NPH	sí ____	no ____
Otra(s)	sí ____	no ____ ¿cuál(es)? _____

**Dosis de insulina humana aplicadas por inyecciones**

	Insulina #1: <i>Tipo y Unidades</i>	/	Insulina #2: <i>Tipo y Unidades</i>
Antes del desayuno	_____	/	_____
Antes de la comida	_____	/	_____
Antes de la cena	_____	/	_____
Al acostarse	_____	/	_____
Para corregir hiperglucemia ( <i>tipo y unidades</i> )	_____		

Si su hija o hijo actualmente utiliza una “**bomba de insulina**,” es decir, una **microinfusora de insulina** (*inyección continua subcutánea de insulina*):

Indiquen, por favor, cuál insulina humana o análogo de insulina humana es la que el Campista utiliza en la bomba:

- regular/Regular \_\_\_\_\_
- lispro/Humalog \_\_\_\_\_
- aspart/NovoRapid \_\_\_\_\_
- glulisina/Shorant \_\_\_\_\_

**Dosis** de insulina humana o análogo de insulina aplicadas con la **bomba de insulina**

Hora	Dosis <b>basal</b>	Dosis <b>bolo</b> ( <i>comidas</i> )	Dosis <b>corrección</b>
00:00	_____	_____	_____
01:00	_____	_____	_____
02:00	_____	_____	_____
03:00	_____	_____	_____
04:00	_____	_____	_____
05:00	_____	_____	_____
06:00	_____	_____	_____
07:00	_____	_____	_____
08:00	_____	_____	_____
09:00	_____	_____	_____
10:00	_____	_____	_____
11:00	_____	_____	_____
12:00	_____	_____	_____
13:00	_____	_____	_____
14:00	_____	_____	_____
15:00	_____	_____	_____
16:00	_____	_____	_____
17:00	_____	_____	_____
18:00	_____	_____	_____
19:00	_____	_____	_____
20:00	_____	_____	_____
21:00	_____	_____	_____
22:00	_____	_____	_____
23:00	_____	_____	_____



**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ años

Peso \_\_\_\_\_ kilogramos

Talla \_\_\_\_\_ centímetros

Asma

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ comentario \_\_\_\_\_

Epilepsia

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ comentario \_\_\_\_\_

¿El Campista ha tenido varicela?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ comentario \_\_\_\_\_

¿Tiene enfermedad celiaca?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿Tratamiento? \_\_\_\_\_

¿El Campista ha sido expuesto a alguna enfermedad contagiosa en el último mes?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido vacuna contra el tétano [toxoides tetánico (**DTaP**)] en los últimos 10 años?

sí \_\_\_\_\_ ¿En qué año? \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**Últimos valores de HbA1c** (*hemoglobina glucosilada o glicada*)

Fecha (*día, mes, año*) \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_%

Fecha (*día, mes, año*) \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_%

Fecha (*día, mes, año*) \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_%

Medicamentos recetados o indicados y actualmente tomados (*sin incluir la insulina*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:** Se recomienda una vacuna contra la Hepatitis B, debido a los riesgos de punción accidental con agujas y lancetas usadas en el control de la diabetes mellitus, tipo 1.

**COMENTARIOS:**

**CAMPISTA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

Solicitamos que acepten a nuestro hijo o hija, \_\_\_\_\_ (*nombre*), y a nosotros sus padres en el Campamento Diabetes Safari 2013 para niños y adolescentes con diabetes mellitus, tipo 1. Damos permiso para que durante el Campamento nos proporcionen educación diabetológica en planes de alimentación, las dosis de insulina(s), el monitoreo de la glucosa sanguínea y otros temas que el Instructor considere óptima. Autorizamos cualquier chequeo y cuidado que pueda ser médicamente necesario para facilitar el mantenimiento de la normogluceemia (*71 – 99 mg/dL*) durante el Campamento. Entendemos que nuestra hija o hijo y ambos padres participaremos en el Campamento.

Entendemos que nuestra participación en el programa del Campamento Diabetes Safari 2013 es voluntaria. Estamos enterados de las disposiciones legales que declaran, en parte, que "todas las personas que entren en una excursión educativa han desistido de todo reclamo contra el organizador, sus patrocinadores, agentes, proveedores y empleados, por herida, accidente, enfermedad, muerte o acto de omisión ocurridos durante o a causa del programa educativo." Mediante la presente [Autorización y Acuerdo Legales](#) y en consideración de que el Campamento Diabetes Safari 2013 nos permita a nuestro hijo o hija y a nosotros los padres asistir al mismo, eximimos al Campamento Diabetes Safari 2013, sus agentes, proveedores, patrocinadores, donadores, empleados, designados, voluntarios y Staff entero de cualquier y toda responsabilidad, por cualquier motivo, proviniendo de o en conexión con nuestra participación en el mismo.

El Campamento no proporciona cobertura de seguro. Con lo anterior en mente, nos autorizamos a nuestra hija o hijo y a nosotros mismos como padres a participar en el programa de 2.5 días, tal como se describe en la página de internet [www.diabetes-safari.com](http://www.diabetes-safari.com) y en las páginas relacionadas con ésta, las cuales hemos visto y leído en forma electrónica o impresa. Toda consecuencia que se pueda derivar de la omisión de información relacionada con la salud, indicaciones médicas o cuidados especiales del Campista, será bajo nuestra propia responsabilidad.

El Campamento no proporciona a los Campistas ni a sus padres transporte en avión, tren, taxi, coche, camión, o autobús interurbano. Entendemos que el transporte a y del sitio del Campamento (*en el Eje Central Lázaro Cárdenas, Colonia Centro, México, Distrito Federal*) es responsabilidad únicamente de la familia del Campista.

Nosotros como padres mantenemos plena autorización para la salud y bienestar de nuestro hijo o hija y para su tratamiento para cualquier condición médica crónica o aguda, incluyendo la diabetes mellitus, tipo 1.

Comprendemos que el Staff del Campamento no acepta responsabilidad por los artículos perdidos, destruidos o robados. Si las condiciones emocionales, psicológicas o de comportamiento del Campista van en perjuicio de la armonía y el desarrollo productivo del evento, o podrían ser dañinas o destructivas para el Campista mismo, tanto el Campista como sus padres serán suspendidos. Las violaciones graves de los reglamentos de comportamiento podrán resultar en la expulsión definitiva del Campista y de sus padres del programa.

Nosotros mantenemos responsabilidad total para el tratamiento médico oportuno de nuestra hija o hijo, necesitado por accidente o por enfermedad aguda o por condición médica crónica. Con nuestra firma autorizamos y aceptamos la responsabilidad fiscal del pago total de cualquier tratamiento médico o quirúrgico y cualquier examen médico, de naturaleza urgente.

Campamento Diabetes Safari 2013  
16 - 18 marzo 2013

A pesar de que el Campamento Diabetes Safari 2013 pueda proporcionar insulinas, jeringas, equipo para el monitoreo de glucosa y cetonas sanguíneas y cuidados rutinarios de primeros auxilios necesarios durante el Campamento sin costo para el Campista y su familia, personalmente asumimos la responsabilidad absoluta de todos los costos asociados con otros tratamientos médicos esenciales previstos o extemporáneos de nuestro hijo o hija, incluyendo, entre otros, pruebas del laboratorio, rayos X y atención médica o quirúrgica de urgencia en hospital o clínica médica.

Con nuestra firma en este mismo [Formulario de Autorización y Acuerdo Legales](#), que consiste en dos (02) hojas, autorizamos al Staff profesional del Campamento realizar la educación diabetológica de la forma que consideren óptima.

Estamos los tres enterados de y respetaremos las políticas establecidas para que el Campamento Diabetes Safari 2013 y todos sus sesiones y actividades educativas empiecen puntualmente a la hora indicada en el programa. Entendemos que por falta de puntualidad puede ser posible que nos quedemos fuera de la sesión o actividad.

Nosotros los suscritos damos permiso al Staff del Campamento y a los otros Campistas para sacar fotos de nuestra hija o hijo, y estamos de acuerdo en que tales fotos puedan emplearse, sin o junto con su nombre (es decir, *sin apellidos*) solamente en material impreso y/o publicado en internet para fines publicitarios o para recaudar fondos para apoyar el Campamento Diabetes Safari en años futuros.

Hemos leído, comprendemos y estamos de acuerdo con los términos y las condiciones explicitadas anteriormente y, de acuerdo con estos términos y condiciones, autorizamos a que el Campista nombrado en esta solicitud y [Formulario de Autorización y Acuerdo Legales](#) asista y participe en el programa junto con nosotros los padres. Autorizamos y aceptamos participar en todas las actividades del Campamento Diabetes Safari 2013, del 16 al 18 de marzo de 2013, en México, Distrito Federal.

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Tutora \_\_\_\_\_

**Con nuestras firmas, aseguramos que las respuestas proporcionadas en esta solicitud son correctas y verídicas y que estamos de libre acuerdo y conformidad con las condiciones estipuladas:**

Nombre del **Campista** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Nombre del **padre del Campista** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (día, mes, año) \_\_\_\_\_

Nombre de la **madre del Campista** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (día, mes, año) \_\_\_\_\_