



1 Harry S Truman Parkway  
Annapolis, Maryland 21401  
www.aacounty.org/recparks  
410-222-7313

## PERFIL DEL PARTICIPANTE

Padres,

Por favor, rellenen el siguiente perfil para ayudarnos a proporcionar a su hijo una experiencia positiva durante el verano. Proporcione cualquier información que necesitemos conocer, como condiciones médicas, psicológicas o de comportamiento, medicamentos, restricciones dietéticas, alergias o necesidades especiales. Utilice el reverso del formulario si es necesario y facilite toda la información que pueda ser útil. Muchas gracias.

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

1 ¿Está su hijo actualmente bajo tratamiento médico por alguna enfermedad o discapacidad?

NO SÍ

En caso afirmativo, ¿qué enfermedad?

\_\_\_\_\_

2. ¿Toma su hijo algún medicamento diario? NO SÍ

En caso afirmativo, ¿qué tipo de medicación?

\_\_\_\_\_

3. ¿Recibe su hijo servicios de educación especial durante el año escolar? NO SÍ

En caso afirmativo, descríbalos.

\_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo sufre convulsiones? NO SÍ

En caso afirmativo, descríbalos.

\_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo tiene alguna reacción al sol o al calor? NO SÍ

En caso afirmativo, explique.

\_\_\_\_\_

6 ¿Tiene su hijo alergias o intolerancias (por ejemplo, picaduras de insectos, ciertos alimentos)?

NO SÍ

En caso afirmativo, descríbalas. \_\_\_\_\_ ¿Necesita medicamento?

\_\_\_\_\_

7. ¿Es necesario limitar las actividades de su hijo por algún motivo? NO SÍ

En caso afirmativo, explique.

\_\_\_\_\_

8. Método exitoso (si lo hay) para evitar o interrumpir un comportamiento no deseado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ¿Qué calma a su hijo cuando está enfadado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Algún otro consejo o sugerencia?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**\*\*El formulario completado debe entregarse al campamento el primer día de asistencia.**