

COLORADO LAW REQUIRES THAT THIS FORM BE COMPLETED FOR EACH PERSON ATTENDING A COLORADO SCOUT CAMP

Name _____ Date of Birth _____
 Parent/Guardian _____ Dates of the Camp Session _____

COLORADO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND ENVIRONMENT - CERTIFICATE OF IMMUNIZATION

Vaccine	(Enter the month, day and year each immunization was given.)					
Hep B	Hepatitis B					
DTaP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis (pediatric)					
DT	Diphtheria, Tetanus (pediatric)					
Tdap	Tetanus, Diphtheria, Pertussis					
Td	Tetanus, Diphtheria					
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b					
IPV/OPV	Polio					
PCV	Pneumococcal Conjugate					
MMR	Measles, Mumps, Rubella					
Varicella	Chickenpox					
					Healthcare Provider Documentation Date _____	Lab Verification Date _____

STATEMENT OF EXEMPTION TO IMMUNIZATION LAW

IN THE EVENT OF AN OUTBREAK, EXEMPTED PERSONS MAY BE SUBJECT TO EXCLUSION FROM CAMP AND TO QUARANTINE.

MEDICAL EXEMPTION: The physical condition of the above named person is such that immunization would endanger life or health or is medically contraindicated due to other medical conditions.

Signed _____ Date _____
 Physician (Medico)

Medical exemption to the following vaccine(s):
La exención por razones médicas aplica a la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 HepB DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR

RELIGIOUS EXEMPTION: Parent or guardian of the above named person or the person himself/herself is an adherent to a religious belief opposed to immunizations.

Signed _____ Date _____
 Parent, guardian, emancipated Scout/counseling minor

Religious exemption to the following vaccine(s):
Exención por motivos religiosos de la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 HepB DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR

PERSONAL EXEMPTION: Parent or guardian of the above named person or the person himself/herself is an adherent to a personal belief opposed to immunizations.

Signed _____ Date _____
 Parent, guardian, emancipated Scout/counseling minor

Personal exemption to the following vaccine(s):
Exención por creencias personales de la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 HepB DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATIONS

Parent/Guardian Name _____	Parent/Guardian Name _____
Parent/Guardian Address _____	Parent/Guardian Address _____
Parent/Guardian Telephone Day _____	Parent/Guardian Telephone Day _____
Eve _____ Cell _____	Eve _____ Cell _____
Place of Employment _____	Place of Employment _____
Address _____	Address _____
Phone # _____	Phone # _____

Individual authorized to take the Scout from camp if different from the parent or guardian:
 Name _____ Address _____ City _____ ST _____ Zip _____
 Phone # Day _____ Eve _____ Cell _____

I hereby authorize the above named person to participate in all special trips or excursions in which the Scout may be walking or riding away from the campsite.
 Parent/Guardian/Custodial Adult _____ Date _____

The above named person is restricted from the activities listed below:

Parent/Guardian/Custodial Adult _____ Date _____

Ley de Colorado requiere que este formulario sea completado para cada persona asistir a un campamento COLORADO SCOUT

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección de Padre/Guardian _____ Fechas de la sesión de campamento _____

COLORADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y MEDIO AMBIENTE - certificado de vacunación

Vaccine	(Enter the month, day and year each immunization was given.)					
Hep B	Hepatitis B					
DTaP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis (pediatric)					
DT	Diphtheria, Tetanus (pediatric)					
Tdap	Tetanus, Diphtheria, Pertussis					
Td	Tetanus, Diphtheria					
Hib	Haemophilus influenzae type b					
IPV/OPV	Polio					
PCV	Pneumococcal Conjugate					
MMR	Measles, Mumps, Rubella					
Varicella	Chickenpox					
Healthcare Provider Documentation Date _____						Lab Verification Date _____

DECLARACION RESPECTO A LAS EXENCIONES DE LEY DE VACUNACIÓN

SI SE PRESENTA UN BROTE DE LA ENFERMEDAD, ES POSIBLE QUE A LAS PERSONAS EXENTAS SE LES PONGA EN CUARENTENA O SE LES EXCLUYA DE LA ESCUELA.

EXENCIÓN POR RAZONES MEDICAS: El estado de salud de la persona arriba citada es tal que la vacunación significa un riesgo para su salud o incluso su vida; o bien, las vacunas están contraindicadas debido a otros problemas de salud.

Firma _____ Fecha _____
 Medico

Medical exemption to the following vaccine(s):
La exención por razones médicas aplica a la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 HepB DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR

EXENCIÓN POR MOTIVOS RELIGIOSOS: El padre o tutor de la persona arriba citada, o la persona misma, pertenece a una religión que se opone a la inmunización.

Firma _____ Fecha _____
 Padre, tutor, estudiante emancipado o consentimiento del menor

Religious exemption to the following vaccine(s):
Exención por motivos religiosos de la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 HepB DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR

EXENCIÓN POR CREENCIAS PERSONALES: Las creencias personales del padre o tutor de la persona arriba citada, o la persona misma, se oponen a la inmunización.

Firma _____ Fecha _____
 Padre, tutor, estudiante emancipado o consentimiento del menor

Personal exemption to the following vaccine(s):
Exención por creencias personales de la(s) siguiente(s) vacuna(s):
 HepB DTaP Tdap Hib IPV PCV MMR VAR

PADRE / TUTOR AUTORIZACIONES

Nombre del padre tutor _____ Dirección de Padre/Guardian _____ Teléfono de Padre/Guardian durante el día _____ noche _____ Cell _____ Lugar de trabajo _____ dirección _____ número de teléfono _____	Nombre del padre tutor _____ Dirección de Padre/Guardian _____ Teléfono de Padre/Guardian durante el día _____ noche _____ Cell _____ Lugar de trabajo _____ dirección _____ número de teléfono _____
---	---

Persona autorizada para tomar el campamento de Scouts de si es diferente del padre o tutor:
 Nombre _____ dirección _____ Ciudad _____ ST _____ Zip _____
 número de teléfono _____ noche _____ Cell _____

Por la presente autorizo a la persona arriba mencionada para participar en todos los viajes especiales o excursiones en la que el explorador se puede caminar o montar a caballo del camping.
 Padre / tutor / Adult _____ custodia Date _____

La persona antes mencionada se limita a las actividades enumeradas a continuación:

 Padre / tutor / Adult _____ custodia Date _____