

**Información del Niño(a):**

Primer Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:	Apellido:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Ha asistido a este programa previamente? (Por favor marque) Si ____ No ____		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: Raza/Etnicidad:
Talla de Camisa (Por favor circule): XS S M L XL Talla Niño ____ Talla Adulto ____		

**Historia Escolar: \* Adjunte calificaciones escolares más recientes**

Escuela:	Grado:
¿Su niño(a) recibe almuerzo gratis o de precio reducido en su escuela? Si ____ No ____	
¿Alguna vez su hijo participó en Educación Especial o tuvo un 504 plan? IEP? Si ____ No ____	
¿Tiene un Plan de Conducta? Si ____ No ____	

**Comentarios Acerca del Desarrollo del Niño(a):**

Por favor indique problemas de desarrollo personal, comportamiento, hábitos, o necesidades individuales de las cuales Kingdom House necesita estar informada durante el tiempo en el cual seamos responsables de su niño:

Kingdom House ofrece apoyo terapéutico / conductual a través de terapia individual y grupos de habilidades socioemocionales. Si está interesado en la posibilidad de terapia individual para el hijo / a quien estás sirviendo como tutor legal, consulte Autorizaciones-Observación / Referencia a continuación para inscribirse.

**Diagnóstico(s) Médico(s) (Por favor marque):**

ADD ____ ADHD ____ Autismo ____ Aspergers ____
Asma ____ Alergias (Por favor indique):
Restricciones de Dieta (Por favor indique):
Medicamentos (Por favor indique):
Si su niño(a) tiene asma o alergias alimenticias, necesitamos un inhalador y/o EpiPen disponible antes que su niño(a) pueda comenzar el programa. El plan de acción debe presentarse.
Compañía de Seguro Médico:
¿Su niño ve a un dentista cada año? Si ____ No ____

Mi hijo está en buena salud, es capaz de participar en actividades después de la escuela, y no tiene requisitos especiales de salud o médicos.

Mi hijo es capaz de participar en un campamento de verano, pero tiene especial de salud o requisitos médicos que se enumeran a continuación.

**Firma del Padre/Madre/Guardián Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



**Formulario de Aplicación al Programa de Después de Clases 2018-19**

<b>Primer Nombre del niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Edad:</b>
-----------------------------------	------------------	--------------

**Información de Padre/Guardian:**

Primer Nombre:		Apellido:	
Es miembro actual de Kingdom House?		Si _____ No _____	
Edad:	Sexo:	Raza/Etnicidad:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Fijo: (    )		Teléfono Móvil: (    )	
Teléfono del Trabajo: (    )		Dirección Electrónica:	
Empleador:			
¿Está Empleado ahora? Si ___ No ___		¿Estás en la escuela? Si ___ No ___	
Programar el trabajo:		Programar el escuela:	
Empleador Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

**Contacto de Emergencia de otro Padre/Guardián Legal:**

Primer Nombre:		Apellido:	
Edad:	Sexo:	Raza/Etnicidad:	
Relación al niño(a):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Fijo: (    )		Teléfono Móvil: (    )	
Teléfono del Trabajo: (    )		Dirección Electrónica:	
Empleador:			

**Información del casa:** Esta información es muy útil para nuestro financiamiento en el futuro

Ingreso Familiar Anual (Por favor circule uno):	Tipo de Familia:	Fuentes de ingresos:
\$0- \$9,999	Ambos Padres	Manutención de los hijos
\$10,000-\$14,999	Solo Madre	SNAP Beneficios
\$15,000-\$19,999	Solo Padre	Medicaid
\$20,000-\$29,999	Ambos Abeulos	TANF
\$30,000-\$49,999	Un Abeulo	Desempleo
\$50,000-\$99,999	Un guardián	SSI
	Otro:	SSDI
		Daycare Voucher
		Otro:

<b>Tamaño de Familia:</b>	<b>Tamaño de Familia menores de 18 años:</b>
---------------------------	--

**Firma del Padre/Madre/Guardián Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

<b>Primer Nombre del niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Edad:</b>
-----------------------------------	------------------	--------------

### Autorizaciones

**Medios Audiovisuales:**

Yo autorizo a Kingdom House y a sus asociados al uso y derecho ilimitado de fotos, videos, citas directas y/o grabaciones de audio de mi niño(a) participando en programas o eventos de Kingdom House.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Encuestas:**

Yo autorizo a mi niño(a) a que participe en encuestas del programa/evaluación. Estas encuestas pueden contener preguntas acerca de los datos demográficos, el rendimiento en la escuela, los amigos, el vecindario, y la experiencia de mi niño(a) en el programa. Adicionalmente, pueden contener preguntas acerca del conocimiento y habilidades de mi niño(a) en las áreas de salud, nutrición, ciencias, tecnología, ingeniería, arte y conocimiento práctico de lectura. Todas las encuestas son confidenciales y el nombre del niño(a) no será capturado. Entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento de manera escrita.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Evaluaciones/Pruebas:**

Yo autorizo a mi niño(a) a que participe en evaluaciones que medirán sus habilidades de lectura (tales como fluidez y comprensión). Entiendo que tengo acceso a los resultados de estas evaluaciones, y que dichos resultados ayudarán a Kingdom House a evaluar si cualquier cambio en habilidad ocurrió.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Objetos perdidos, robados y/o dañados:**

He sido informado(a) que mi niño(a) no debe de traer objetos valiosos (tales como aparatos electrónicos) a Kingdom House. Entiendo que Kingdom House NO se hace responsable por la pérdida, robo o daños a dichos objetos que pueda ocurrir durante el programa.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Información del autorización:**

Doy mi consentimiento para consejeros escolares, maestros, trabajadores sociales, y todas las otras personas que trabajan con mi hijo para liberar a los registros Unido Casa y sus agencias asociadas, incluida la información sobre el comportamiento en la escuela, calificaciones, resultados de exámenes, la notificación de suspensiones, etc. entiendo que toda la información dada a Casa Unido y sus organismos asociados será restringido y confidencial.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Observación / Referencia:**

Doy permiso para que mi hijo sea referido a una evaluación y posible tratamiento terapéutico basado en la observación del comportamiento (es decir, cambios observados en el comportamiento, aumentos en las acciones de externalización o internalización). Entiendo que recibiré una notificación adicional sobre la referencia sobre el proceso y posible tratamiento continuo. Además, entiendo que tengo el derecho de rechazar acciones posteriores con el aviso de referencia.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Permiso para el participante:**

¿Puede su hijo nadar? \_\_\_\_\_ Si, nada muy bien \_\_\_\_\_ Si, nada bien \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tu darías permiso a su hijos (12 años o mayores) salir soló? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Madre/Guardián Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Autorización Para Cuidado de Emergencia**

Entiendo que seré notificado(a) inmediatamente en caso de una emergencia con mi niño(a), y yo haré los arreglos necesarios para el trato médico de mi niño con el doctor u hospital de mi preferencia.

Si no puedo ser contactado(a) para hacer los arreglos necesarios, o en caso de una emergencia crítica que requiera atención médica inmediata, yo autorizo

KINGDOM HOUSE  
DAY CARE PROVIDER OR HOME PROVIDER

PARA CONTACTAR CON LOS SIGUIENTES:

**Doctor/Clinica**

NOMBRE	TELEFONO NUMERO
--------	-----------------

**PREFERENCIA HOSPITAL**

NOMBRE	TELEFONO NUMERO
--------	-----------------

**RECONOCIMIENTO**

A	YO RECIBIDO UNA COPIA DE REGLAMENTO DE TRATAMIENTO Y DESCARGA DEL NIÑOS.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
B	ME HAN INFORMADO DE QUE UNA COPIA DE LAS REGLAS DE LICENCIA PARA HOGARES DE CUIDADO DE NIÑOS O LAS REGLAS DE LICENCIA PARA HOGARES DE CUIDADO INFANTIL Y CENTROS ESTÁ DISPONIBLE EN ESTE CENTRO PARA REVISIÓN	PADRE/GUARDIAN INICIAL
C	EL PROVEEDOR Y YO TENEMOS UN ACUERDO DE MANTENER COMUNICACIÓN SOBRE LA CONDUCTA Y NECESITA DE MI HIJO.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
D	TENGO ENTENDIDO QUE CUANDO MI HIJO ESTÁ ENFERMO, EL/ELLA NO SERA ACEPTADO EN EL PROGRAMA.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
E	TENGO ENTENDIDO QUE ANTES DEL PRIMER DÍA DE PROGRAMA DEBO TENER QUE UN COPIA DAR PROBAR DE VACUNAS O EXENTO DE VACUNAS.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
F	DOY <input type="checkbox"/> PERMISO <input type="checkbox"/> NO DOY PERMISO A EXCURSIONES. ENTIENDO QUE ME VAN AVISAR ANTES EXCURSIONES.	PADRE/GUARDIAN INICIAL
G	DOY <input type="checkbox"/> PERMISO <input type="checkbox"/> NO DOY PERMISO PARA QUE TRANSPORTEN MI NIÑO DEL CENTRO. .	PADRE/GUARDIAN INICIAL
H	HE SIDO INFORMADO QUE TENGO AUTORIZACION DE PREGUNTAR SI LOS OTRO NINOS DEL CENTRO ESTAN ACTUALISADOS VACUNAS.	PADRE/GUARDIAN INICIAL

FIRMA DE PADRE'S/GUARDIAN'S ▶	FECHA
----------------------------------	-------

<b>CACFP REQUIREMENT</b>	FIRST ANNUAL UPDATE	PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	FECHA
	SECOND ANNUAL UPDATE	PARENT/GUARDIAN SIGNATURE	FECHA

**Firma del Padre/Madre/Guardián Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



**Formulario de Aplicación al Programa de Después de Clases 2018-19**

<b>Primer Nombre del niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Edad:</b>
-----------------------------------	------------------	--------------

**Salida/Información de Contacto de Emergencia (Por favor incluirse a sí mismo): \* Mayor de 18 años**

<b>Persona Autorizada #1 (Padre/Madre/Guardián Legal):</b>		
Relación al niño(a):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Fijo: (    )	Teléfono Móvil: (    )	
<b>Personal Autorizada #2:</b>		
Relación al niño(a):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Fijo: (    )	Teléfono Móvil: (    )	
<b>Persona Autorizada #3:</b>		
Relación al niño(a):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Fijo: (    )	Teléfono Móvil: (    )	

**Firma del Padre/Madre/Guardián Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_