

Nombre del Programa _____

SECTION I - Información del Participante (USE LETRA DE MOLDE)

Nombre y Apellido del Participante _____

Dirección _____

Ciudad/Pueblo, Código Postal _____

Número Telefónico _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Grado Escolar _____ Sexo F M

Escuela _____

Información del Padre o Encargado

Nombre y Apellido _____

Número Tel. Celular _____ Casa _____ Trabajo _____

Correo Electrónico _____

¿Desea suscribirse al boletín informativo? Sí No**SECCIÓN II - INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA**IMPORTANTE: Favor de proveer los contactos de emergencia, *que no sean Padre o Encargado*

Nombre _____ Núm. Tel. _____ Relación _____

Nombre _____ Núm. Tel. _____ Relación _____

¿Se le puede entregar el niño/joven al contacto de emergencia en caso de emergencia o enfermedad? Sí No

Si el niño vive con sólo uno de los padres, ¿quién es el guardián legal del niño que puede consentir su participación? (Escriba el nombre completo) _____

¿Se le puede entregar el niño/joven del programa al padre sin custodia si así lo solicita? Sí No**Favor de leer las siguientes declaraciones:** Doy permiso a mi hijo/a a participar en todas las actividades. Estoy de acuerdo en cooperar con todas las normas. Doy permiso al personal de emergencia para administrar primeros auxilios a mi niño/a para dolencias menores y/o por un médico, cuando sea necesario, y doy permiso al transporte a un centro médico y a administrar atención médica de emergencia, si es necesario. He leído y acepto las políticas y procedimientos.

Con mi nombre y firma abajo, reconozco que entiendo las declaraciones mencionadas.

Nombre en letra de molde_____
Firma_____
Fecha

SECCIÓN III: Historial Médico, Etnicidad y Datos Demográficos

Historial de Salud- Solo escoja las que el menor haya tenido:

Varicela Sarampión Sarampión Alemán Paperas Tos ferina Otros

Especifique cualquier otra enfermedad: _____

Fecha de la Última Vacuna Contra Tétano: _____

Fecha del Último Examen Médico: _____

¿A qué es alérgico/a su hijo/a? _____

¿Tiene su hijo alguna condición médica? Si No De ser así, ¿cuál es/cuales?

Si su hijo/a está tomando algún medicamento, ¿cuál es el nombre y la dosis?:

Confidencial/Opcional:

Nuestros donantes pueden solicitar información demográfica sobre nuestros programas para determinar la importancia y el impacto de sus fondos en nuestras comunidades. Por favor, complete la siguiente información a lo mejor de su capacidad. La información que comparta con nosotros no será utilizada para aceptar o negar su participación en ninguno de nuestros programas.

GRUPO ÉTNICO:

Afroamericano Asiático Caucásico Hispano Nativo americano Otro

INGRESO ANUAL:

Menos de \$22,500 \$22,500-\$50,000 \$50,000-\$75,000 \$75,000-\$100,000 Over \$100,000

NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO:

Diploma de escuela superior/secundaria Algunos cursos de universidad Grado Asociado
 Bachillerato Algunos cursos post-grado Diploma Post-Grado Diploma profesional Doctorado
 Cursos post-doctorado

