



FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR
Sitio: St. John's Episocpal, Homestead (6 de Julio- 31 de Julio)
9:00 AM - 1:00 PM

Apellido del Menor _____, **Nombre** _____ **Segundo nombre** _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Sexo del menor Masculino Femenino

Número del ID de MDCPS Sin ID de MDCPS

Escuela a la que asiste el menor _____

¿Es el niño/a competente en inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en su hogar Español Haitiano-Creole Otro _____ Ninguno

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Código postal** _____

Origen étnico del menor Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Raza del menor Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro Multiracial

Grado escolar del menor

¿Tiene el menor seguro de salud (ej., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No
 (Si no tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance)

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor _____

Teléfono principal del padre, madre o guardián

¿Es este un celular/teléfono móvil? Sí No

(The Children's Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children's Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.)

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a)...

¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- Habla y se le entiende fácilmente
- Habla, pero es difícil entenderle
- Usa dibujos o una pizarra para comunicarse
- Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño/entrecejo o parpadear
- Usa lenguaje de señas
- Usa sonidos que no son palabras, como risa, llanto o gruñidos



¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta | <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de atención e hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional? No necesita ayuda específica

- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____

Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a)

Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust, Por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para este programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN _____ FECHA _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)

ORGANIZACIÓN: _____ ESTABLECIMIENTO (SITE): _____

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen): Dep Syst Delin Syst

Matrícula y Tarifas

1. Se debe pagar una tarifa de solicitud no reembolsable de **\$ 50** antes del **1 de Mayo de 2020** con este formulario de registro
* Para que su hijo participe, debe estar al día con GMYS
2. La matrícula debe pagarse en su totalidad antes del **15 de Mayo de 2020** (consulte la tabla a continuación para ver las posibles tasas de matrícula reducidas)

– Si cree que califica para una tasa de matrícula reducida, su declaración de impuestos más reciente DEBE adjuntarse a este formulario junto con la tarifa de solicitud no reembolsable de \$ 50

Ingreso familiar (Ingreso Bruto Ajustado)	Tarifa de St. John's Episocopal
Sobre \$53,000	\$525
Sobre \$48,000	\$445
Sobre \$43,000	\$315
Sobre \$38,000	\$185
Menos de \$38,000	Gratis

*La declaración de impuestos más reciente DEBE adjuntarse a este formulario para ser elegible para tasas de matrícula reducidas. Póngase en contacto con el personal de GMYS con respecto a circunstancias especiales. Los planes de pago están disponibles a pedido.

* Becas solo otorgadas por la duración completa del campamento *

3. **OPTIONAL: ANTES / DESPUÉS CUIDADO:** \$ 150 por estudiante durante las 6 semanas completas
*Se puede pagar en su totalidad al comienzo del campamento.
O \$ 25 por semana se puede pagar el lunes de cada semana*
Cuidado de Niños antes de el campamento comienza a las 7:30 a.m., la atención posterior termina a las 6:00 p.m.

Mi (s) hijo (s) _____

requerirá cuidado antes y / o después durante el campamento de música de verano GMYS. Firmaré a mi (s) hijo (s) dentro y fuera de antes y / o después de la atención. Estoy de acuerdo en que GMYS no es responsable de mis hijos si los dejan antes de las 7:30 a.m. o si los recogen después de las 6:00 p.m. Reconozco que las autoridades correspondientes serán notificadas si A) Yo u otra persona de contacto de emergencia no llega para recoger a los niños antes de las 6 p.m., o B) si no se ha hecho contacto con el personal del campamento notificándoles que hay una emergencia que prohíbe los niños de ser recogidos. Indique a continuación quién dejará o recogerá a los niños para antes y / o después de la atención. Esta persona DEBE iniciar sesión y cerrar la sesión del niño (s) con el supervisor de atención antes / después.

Los niños SOLO serán entregados a las personas que se enumeran a continuación:

Nombre	Relación con el Estudiante	Lugar de Empleo	Numero de Trabajo	Numero de Telefono

Politica de Asistencia

Los estudiantes que falten más de seis (6) días durante el campamento de verano de seis semanas serán despedidos del campamento y no se les permitirá participar en el campamento de verano del próximo año. Asistencia a todos los conciertos en obligatorio.

Al firmar a continuación, acepto todas las declaraciones y requisitos anteriores

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Permiso de Transporte

Formulario de consentimiento integral para padres / tutores y exención de responsabilidad

(Los estudiantes no pueden asistir a viajes de viaje fuera del sitio a menos que se firme esta exención)

Yo, (Padre / Tutor) _____ otorgo permiso para que mi hijo _____ sea transportado en un vehículo motorizado conducido o contratado por GMYS, un servicio de autobús aprobado por MDCPS o una camioneta de programa conducida por un empleado de GMYS. Entiendo que se espera que mi hijo siga todas las leyes aplicables con respecto a viajar en un vehículo motorizado y que siga las instrucciones proporcionadas por el conductor y / u otros miembros del personal o voluntarios adultos. Estoy de acuerdo en mi nombre, en el nombre de mi hijo aquí mencionado, y en nuestros herederos, sucesores y cesionarios para mantener indemne y defender a GMYS, sus funcionarios, directores y agentes, y cualquier agencia de financiación, de todas y cada una de las acciones, reclamos, demandas, daños, costos, gastos y todos los daños consecuentes que surjan o estén relacionados con el transporte de mi hijo por parte de empleados de GMYS o un servicio de autobús aprobado por MDCPS.

He leído todo este formulario de renuncia y permiso, lo entiendo completamente y acepto estar legalmente obligado por sus términos..

Padre/Tutor Firma _____

Fecha _____

Información de Contacto de Emergencia y Autorización de Recogida

Los niños SOLO serán entregados a las personas enumeradas a continuación en la tabla y en la Lista de recogida de autorización adicional a continuación.

Nombre	Relación con el Estudiante	Lugar de Empleo	Numero de Trabajo	Numero de Telefono

Lista de autorización de recogida adicional: ¿Quién más tiene permiso para recoger a su hijo del campamento?

Por favor enumere sus nombres aquí:

Autorización de Walk-Home

Dias _____ Tiempo Exactas _____

Entiendo que GMYS no es responsable del cuidado de mi hijo después de los tiempos mencionados anteriormente.

Padre / Tutor Firma _____ Fecha _____

Información Médica del Participante

Indique a continuación cualquier condición médica o de comportamiento que su hijo tenga o haya tenido que deba considerarse. Incluya cualquier medicamento que deba administrarse mientras asiste al programa (alergias, medicamento presente, actividades que deben evitarse, características / técnicas de comportamiento, etc.). Además, indique si hay necesidades especiales y / o adaptaciones necesarias que nuestro personal necesita conocer para brindar la mejor atención posible. **SI NO HAY NINGUNA, ESCRIBA N / A.**

Verificación Médica y Consentimiento

Por la presente, doy permiso a los médicos seleccionados por GMYS para ordenar radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo en caso de que no pueda ser contactado en una emergencia. Doy permiso al médico para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyección y / o anestesia y / o cirugía para mi hijo. Doy fe de que el participante es físicamente capaz de participar en todas las actividades planificadas y organizadas por GMYS y que la condición física del participante ha sido verificada por un médico con licencia, y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico necesario para el participante en caso de una emergencia. Comprendo como padre o tutor legal del participante que las actividades implican riesgos, y por la presente asumo voluntariamente todos los riesgos, como lesiones causadas por la negligencia de GMYS y / o sus voluntarios, consultores y funcionarios. Mi seguro personal tiene la responsabilidad principal en caso de accidente.

Padre/ Tutor Firma _____ Fecha _____



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián de _____, autorizo y doy por este medio consentimiento al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, de la siguiente manera:

Yo por la presente:

otorgo permiso y autorizo **no otorgo permiso ni autorizo**

al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones ("grabaciones" de aquí en adelante) de mí, de mis niños, o de mis dependientes con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna remuneración para usted, sus hijos o niños en su custodia.

Cualquiera de y todas las grabaciones tomadas de usted, sus hijos o niños en su custodia serán la propiedad única de The Children's Trust y de sus programas financiados.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus hijos o de niños en su custodia, usted renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra The Children's Trust del Condado Miami-Dade, su personal, los proveedores de servicios que financia, empleados, agentes afiliados y miembros de la junta directiva.



The Advocacy Network on Disabilities

“Conóceme Mejor”

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Queremos conocer mejor a su niño/a y así poder ofrecerle una mejor experiencia educativa. Nadie conoce a su niño/a mejor que usted, cuéntenos más acerca de él/ella.

1. Queremos saber cuáles son los juguetes/actividades favoritos/menos favoritos de su niño/a:

Favoritos

Menos Favoritos

2. ¿Qué cosas calman y alteran a su niño/a?

Calman

Alteran

3. ¿Cómo se comunica su niño/a?

Verbalmente

Lenguaje de Señas Americano

Con aparatos de comunicación (imágenes, etc.)

A través de gestos (señalando, cabeceando, etc.)

Con vocalizaciones

Otros (especifique) _____

4. ¿Cuáles servicios recibe su niño/a?

Terapia del Habla/Lenguaje

Terapia de Comportamiento

Terapia Física

Consejería-Salud Mental

Terapia Ocupacional

Ninguna

¿Podemos contactar a su proveedor de servicios para apoyar mejor a su hijo? Sí No (Un formulario firmado con autorización es necesario)

5. ¿Necesita su niño/a asistencia de algún equipo? (ej.: Aparatos ortopédicos para caminar, silla de ruedas, aparatos de comunicación, insulina, nebulizador) Sí No En caso afirmativo, por favor describa: _____

6. ¿Usted sospecha que su niño/a tiene algún problema visual o auditivo? Sí No
En caso afirmativo, por favor describa: _____

7. ¿Qué afirmación describe mejor la capacidad de su niño/a para poder cambiar de una actividad a otra?

Se mueve fácilmente independiente

Necesita ayuda o apoyos para poder moverse

Por favor describa: _____

8. ¿Cómo y donde juega/interactúa su niño/a mejor?

Independiente

Con otro niño/a

Grupo pequeño

Grupo grande

Adentro

Afuera

Con adultos

Comentarios adicionales: _____



The Advocacy
Network on
Disabilities

“Conóceme Mejor”

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

9. ¿Le molesta alguna de estas cosas a su niño/a?

- Ruido Ciertas texturas (arena, agua, etc.) Luces Contacto físico (abrazos)
 Olores Otros _____

10. ¿Su niño/a tiene tendencia de correr o tratar de escaparse? Sí No

¿Si la respuesta es sí, que situaciones preceden este comportamiento? _____

11. ¿Su niño/a es capaz de hacer las siguientes actividades por sí mismo?

- | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Uso del baño | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Caminar/movilizarse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Comer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Lavarse sus manos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si la respuesta es no para alguna actividad, por favor explique qué asistencia necesita: _____

12. ¿Su niño/a toma alguna medicina? Sí No

¿Hay efectos secundarios al tomar estos medicamentos? _____

¿Hay algo más que quiera compartir acerca de su niño/a? (alergias, dieta, convulsiones, sangramiento de nariz, etc.)



The Advocacy
Network on
Disabilities

Formerly known as CCDH, Inc.

YEN "Conoceme Mejor "

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Cuentanos acerca de ti. Esta informacion, no la compartiremos con otras personas. Por favor contesta lo mas honestamente posible. Cuentanos sobre tus habilidades y dificultades para asi poder ayudarte.

1. Cual de las siguientes opciones te describe mejor? (marca todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prefiero leer instrucciones que escuchar al maestro/a explicandolas. | <input type="checkbox"/> Es facil para mi recordar bromas. |
| <input type="checkbox"/> Me gusta que alguien me indique como hacer las cosas en voz alta. | <input type="checkbox"/> Puedo pensar mejor si muevo mi pie, juego con un lapiz o me muevo un poco. |
| <input type="checkbox"/> Cuando estoy estudiando, yo tengo que tomar varios descansos para levantarme del sitio dond estoy y caminar alrededor. | <input type="checkbox"/> Prefirero trabajar solo. |
| <input type="checkbox"/> Hago muchos dibujos durante la clase. | <input type="checkbox"/> Prefiero trabajar con un amigo. |
| <input type="checkbox"/> Recuerdo mejor las cosas si las escribo. | <input type="checkbox"/> Prefiero trabajar en un grupo de tres o mas personas. |
| <input type="checkbox"/> Estudio diciendo la informacion en voz alta. | <input type="checkbox"/> Me es facil hablar enfrente de la clase y/o participar en discusiones. |
| <input type="checkbox"/> Graficos, fotos y mapas me ayudan a entender lo que estoy leyendo. | <input type="checkbox"/> Me es dificil hablar en frente de la clase y/ o participar en discussions. |
| <input type="checkbox"/> Puedo prestar mejor atencion, si tomo un refrigerio mientras estudio. | <input type="checkbox"/> Encuentro facil leer en voz alta. |
| <input type="checkbox"/> Me gusta escuchar musica mientras estudio. | <input type="checkbox"/> No encuentro facil leer en voz alta. |
| <input type="checkbox"/> Soy Bueno para ver fotos en mi mente de lo que estoy estudiando. | <input type="checkbox"/> Me es facil controlar mi temperamento. |
| | <input type="checkbox"/> Me es dificil controlar mi temperamento. |
| | <input type="checkbox"/> Me es facil controlar mi temperamento si hago lo siguiente: |

2. Alguna vez has recibido o estas recibiendo alguno de los siguientes servicios? (Marca todos los servicios que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia del Lenguaje / del habla | <input type="checkbox"/> Servicios de Educacion Especial en Escuela |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Concejeria |
| <input type="checkbox"/> Terapia Fisica | <input type="checkbox"/> Otros servicios: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicina diaria (no incluyas vitaminas) | |

3. Aprendo mejor cuando:

4. No me gusta cuando me preguntan hacer lo siguiente: