



FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR
Sitio: 22 de Junio - 3 de Julio, 2020
(Campamentos intensivos de GMYS en la iglesia presbiteriana de Pinecrest)

_____ String Intensive 1:30 PM - 5:30 PM _____ Jazz Intensive 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



¿Su hijo/a tiene una discapacidad? Sí No Información necesaria para fines de su inscripción

En caso afirmativo, (marque todos los que correspondan)

- In plan de educación individualizado en la escuela
- sistema un plan de la escuela
- In diagnóstico médico de un médico
- In diagnóstico realizado por un profesional certificado / licenciado por el estado por empleo, psicólogo
- Divulgación por parte del padre o tutor que describa la condición específica del niño y / o la necesidad de adaptaciones

En caso afirmativo, ¿cómo clasificaría mejor los tipos de discapacidad? (Marque todo lo que corresponda)

- Trastornos del espectro autista
- Condición médica crónica
- Trastorno emocional / conductual
- Discapacidad auditiva o sordera
- Discapacidad intelectual o M
- Discapacidad de aprendizaje
- Discapacidad física
- Discapacidad del habla / lengua e
- Discapacidad visual o ceguera
- DD / DD
- Otra discapacidad _____

Instrumento _____ Años de Estudio _____ Profesor privado (nombre) _____

Tamaño de la camisa YOUTH: S M L

(circule uno) ADULT: S M L XL XXL

PAGO

El registro no estará completo hasta que se pague la matrícula. Las solicitudes enviadas después del 1 de mayo de 2017 tendrán un recargo de \$100. Si la matrícula no se paga antes del 1 de junio de 2017, se perderá el espacio del estudiante en la página siguiente para matrícula y tarifas. Los estudiantes deben estar completamente registrados para poder participar en las actividades del campamento. Para información, el manual, los formularios y los detalles del campamento están disponibles en campgmys.org

Envíe por correo o entregue personalmente sin correo electrónico o fax.
Formularios de inscripción y pagos a: MY, FL
5275 Sunset Drive, Miami, FL 33143
Cheques a nombre de MY

Doy mi permiso para que esta información se envíe a The Children's Trust para fines de monitoreo y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona fondos para el programa entendiendo que mi información no será entregada a un tercero sin mi consentimiento y estará de manera segura y protegida por MY.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR _____ **Fecha** _____

Preguntas: Comuníquese con
MY Tel fono: _____
Correo electrónico: campgmys.org

FOR STAFF USE ONLY (MUST BE COMPLETED)
PRIORITY POPULATION MEMBERSHIP (check all that apply):

- Migr Farm Wrk
- Dep Syst
- Delin Syst

Información de Contacto de Emergencia y Autorización de Recogida
 os ni os serán entregados a las personas enumeradas a continuaci n en
 la ta la y en la lista de recogida de autorizaci n adicional a continuaci n

Nombre	Relaci3n con estudiante	Lugar de empleo	Numero de Trabajo	Numero de Telefono

Lista de autorizaci3n de recogida adicional: ¿Qui3n m3s tiene permiso para recoger a su hijo del campamento?

or favor enumere sus nom res aqu : _____

Autorizaci3n de Walk-Home

Dias _____ Tiempos acta _____

ntiendo que MY no es responsa le del cuidado de mi hi o despu s de los tiempos
 mencionados anteriormente

irma del adre / Tutor _____ fecha _____

Informaci3n m3dica del participante

ndique a continuaci3n cualquier condici3n m3dica o de comportamiento que su hi o tenga o haya tenido que de a considerarse ncluya cualquier medicamento que de a administrarse mientras asiste al programa alergias, medicamentos actuales, actividades que de en evitarse, caracter sticas / t cnicas de comportamiento, etc dem3s, indique si hay necesidades especiales y / o adaptaciones necesarias que nuestro personal de e conocer para rindar la me or atenci3n posi le **SI NO HAY NINGUNA, ESCRIBA N / A.**

Verificaci3n m3dica y Consentimiento

or la presente, doy permiso a los m3dicos seleccionados por MY para ordenar radiograf as, prue as de rutina y tratamiento para la salud de mi hi o en caso de que no pueda ser contactado en una emergencia Doy permiso al m3dico para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyecci3n y / o anestesia y / o cirug a para mi hi o Doy fe de que el participante es f sicamente capaz de participar en todas las actividades planificadas y organizadas por MY y que la condici3n f sica del participante ha sido verificada por un m3dico con licencia, y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento m3dico 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 MY y / o sus voluntarios, consultores y funcionarios Mi seguro personal tiene la responsa ilidad principal en caso de accidente

irma del adre / Tutor _____ fecha _____



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: