



Bethel Neighborhood Center

Here to offer a renewed sense of hope



Inscripción para el Programa

Año: 20 _____ Semestre: Otoño/Primavera/Verano Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

Género: Niño Niña Fecha de Nacimiento: _____

¿Su hijo necesita transporte si vive dentro del área? _____

¿La dirección de recoger/dejar será diferente que la dirección de su casa? _____

Si "sí", por favor darnos la dirección:

Nombre de Padres/Guardianes: _____

Dirección de Casa: _____

Escuela: _____ Grado (en otoño): _____

¿ Su niño recibe almuerzo gratis o de precio reducido? _____

¿ Su niño tiene familia en el programa de Bethel? _____

Cual san sus nombres? _____

Tamaño de Camisa: XS S M L S M L XL (Tamaño de niño) (Tamaño de adultos)

Contacto de Emergencia #1:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____ - _____

Contacto de Emergencia #2:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____ - _____

Información Medico

¿Su hijo está reciente con todos los requisitos de vacunas? Si _____ No _____

Seguro Medico

¿Su hijo está cubierto por seguro médico familiar/hospitalario? Si _____ No _____

Nombre del plan o compañía _____ Grupo #: _____

Direcion de Compañía: _____

Nombre de persona asegurado: _____

Relación al estudiante: _____

Alergias

Por favor liste todas alergias conocidas:

Alergias al medicamento: _____

Alergias a la comida: _____

Otras Alergias: _____

Medicamento

Por favor liste TODAS medicamentos incluyendo los que compran sin receta tomadas rutinariamente. Trae suficiente medicamentos para durar todo el viaje. Mantenerlo en su embalaje original que identifica el médico tratante, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de administración.

El personal/voluntarios de Bethel no pueden administrar Tylenol, Benadryl, antacids, etc. sin el permiso escrito de su padre o guardián. Si su niño necesitara estos medicamentos, por favor mándelos con su estudiante.

Med #1: _____ Hora exacto de tomar: _____

Med #2: _____ Hora exacto de tomar: _____

Med #3: _____ Hora exacto de tomar: _____

Restricciones o necesidades de salud

Por favor liste cualquier restricción que aplique a su estudiante o cualquier información adicional sobre el comportamiento y salud física, emocional o mental de su estudiante que debe saber el personal/los voluntarios de Bethel:


Firmas: Necesario para atender!

Autorización del Padre/Guardián: Este historia de salud esta correcta y completa, como yo sé, y la persona descrita en el presente documento tiene permiso para participar en todas las actividades excepto como se indica. Yo doy permiso al Centro Comunitario de Bethel para proporcionar, buscar y consentir a la atención medica rutina, la administración de medicamento prescrita, y tratamiento de emergencia para mi hijo, que sea necesario, incluyendo, pero no limitado a las radiografías, pruebas de rutina y tratamientos, y/o hospitalización. También doy permiso al Centro Comunitario de Bethel para organizar la transportación relacionada. Estoy de acuerdo con la liberación de todos los registros necesarios para el tratamiento, derivación, facturación, o efectos del seguro. Es mi intención que El Centro Comunitario de Bethel sea tratado como actuando en lugar de los padres si la persona nombrada en el presente documento es un menor de edad. Además, es mi intención que los representantes apropiados del Centro Comunitario de Bethel sean tratados como "representantes personales" a los fines de divulgar información de salud protegida en consecuencia de las normas de privacidad promulgadas en consecuencia de la Acta de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996. Por el presente estoy de acuerdo, conforme a la ley HIPAA, la divulgación a los representantes de Bethel de la información protegida de salud de la persona descrita en este documento como sea necesario: (i) proporcionar información relevante a los representantes del Centro Comunitario de Bethel relacionados con la capacidad de la persona a participar en las actividades programadas; y (ii) en el caso de los menores, proporcionar información relevante a los representantes para mantenerme informado sobre el estatus de salud de mi hijo. En el evento que yo no puede ser localizado en un emergencia, por lo presente doy permiso a los doctores seleccionados por el Centro Comunitario de Bethel para asegurar y administrar tratamiento, incluyendo hospitalización, para la persona mencionado arriba.

Firma del Padre/Guardián: _____

Si usted es un empleado o voluntario mayor de 18 años de edad o más por favor firme la línea anterior para su mismo

Nombre Escrito: _____ Fecha: _____

<p>Kansas Department of Health and Environment Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas</p> <p>Bureau of Child Care and Health Facilities Oficina de Cuidado de Niños e Instituciones de Salud</p> <p>1000 SW Jackson, Suite 200 Topeka, KS 66612-1274</p> <p>Day Care Unit: (785) 296-1270 Fax: 785- 296-0803 Unidad de Guardería de Niños: (785) 296-1270 Fax: 785- 296-0803</p> <p>Foster Care Unit Phone : (785) 368-7015 Fax: 785- 296-7025 Unidad de Cuidado Sustituto: (785) 368-7015 Fax: 785- 296-7025</p> <p>Website: www.kdhe.state.ks.us/kidsnet/ Sitio Web: www.kdhe.state.ks.us/kidsnet/</p>	
--	---

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE
AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Written permission for emergency medical treatment must be on file at the facility. Consult with the local emergency medical facility to be sure this form is acceptable. Reference K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A) except School Age Programs reference K.A.R. 28-4-582(e)(2)(B).

Es obligatorio mantener en los archivos de la institución un permiso escrito para recibir tratamiento médico de emergencia. Consulte a la institución local médica de emergencia para confirmar si este formulario es aceptable. Haga referencia al K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A) excepto para Programas de Guardería para niños de Edad Escolar , para los cuales aplica la referencia K.A.R. 28-4-582(e)(2)(B).

Name of facility exactly as stated on the license/certificate Nombre de la institución exactamente como aparece en la Licencia/ el Certificado.	License or Certificate # Licencia ó Certificado #
Bethel Neighborhood Ctr.	14538-006

I hereby authorize _____ (Name of individual/staff member) and/or _____ (Name of individual/staff member) who is(are) representative(s) of the above named facility to give consent for any and all necessary emergency medical care for my child or youth _____ (First and Last Name of Child or Youth) while said child or youth is in said facility's custody between the dates of 6-01-15 and 5-31-2016.
(MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY)

Por la presente autorizo a _____ (Nombre de la persona/ empleado) y/o a _____ (Nombre de la persona/ empleado) que representa(n) a la institución arriba estipulada, para dar su consentimiento para suministrar cualquier y todo el cuidado médico de emergencia que sea necesario a mi hijo(a) o joven _____ (Nombre y Apellido del Niño(a) o Joven) mientras dicho niño(a) o joven permanezca bajo la custodia de la institución entre _____ y _____ (Mes/Día/Año).

Signature of Parent or Guardian Firma del Padre/Madre o Tutor	Date Signed Fecha de Firma
--	-------------------------------

Witness to Parent's or Guardian's Signature only if required by the local hospital or clinic. Testigo de la Firma del Padre/Madre o Tutor, únicamente si es requerido por el hospital o la clínica local.	Date Signed Fecha de Firma
--	-------------------------------

Notarization of Parent's or Guardian's signature, only if required by local hospital or clinic.
Certificación por Notario de la Firma del Padre/Madre o Tutor, únicamente si es requerida por el hospital o la clínica local.

State of Kansas
Estado de Kansas

County of _____
Condado de _____

Signed or attested before me on _____ by _____
Firmada o Atestiguada ante mí en _____ por _____

(Seal, if any)
(Sello, si existe)

(MM/DD/YYYY)
(Mes/Día/Año)

Name of Person
Nombre de la Persona

Signature of Notarial Officer
Firma del Funcionario Notarial

Title (and Rank)
Título (y Rango)

My appointment expires:
Mi nombramiento vence:

Complete information regarding health care insurance, if applicable.
Llene información sobre el seguro de cuidado de salud, si aplica.

Health Insurance Policy Name _____ Policy Number _____
Nombre de la Póliza de Seguro de Salud: _____ Número de la Póliza: _____

Medical Assistance Program _____ Card Number _____
Programa de Asistencia Médica: _____ Número de Tarjeta _____

Military Medical Care I.D. Number _____
Número de Identificación del Cuidado Médico Militar: _____

If known, date of last Tetanus inoculation:
Si la conoce, fecha de la última vacunación contra el Tétano: _____

List any known allergies or other information about the medical status of this child or youth pertinent in case of emergency:
Enumere cualquier alergia u otra información que conozca sobre el estado médico de este niño(a) o joven que pueda ser pertinente en caso de emergencia:

THE MEDICAL RECORD/ASSESSMENT FORM (OR HEALTH STATUS HISTORY FORM FOR SCHOOL AGE PROGRAMS) AND THE AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE MUST BE TAKEN TO THE EMERGENCY ROOM. BOTH FORMS MUST ALSO BE IN A VEHICLE WHEN THE CHILD OR YOUTH IS TRANSPORTED BY THE FACILITY.

EL FORMULARIO DE REGISTRO/EVALUACIÓN MÉDICA (O EL FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA QUE APLICA A LOS PROGRAMAS PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR) JUNTO CON LA AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA DEBEN SER LLEVADOS A LA SALA DE EMERGENCIAS. AMBOS FORMULARIOS DEBEN TAMBIÉN LLEVARSE EN EL VEHÍCULO CUANDO UN NIÑO(A) O JOVEN ESTÉ SIENDO TRANSPORTADO(A) POR LA INSTITUCIÓN.

Historia Medical De Niños y Jóvenes En Programas En Edad Escolar

Requerido pro K.A.R. 28-4-590(d)(1), cada operador tiene que obtener historia medica de cada niño o joven, en una forma facilitada por el departamento o aprobada por el ministro de secretaria. La historia médica tiene que estar a la corriente en el folleto de cada niño en el lugar mismo. Como requerido por K.A.R. 28-4-590(d)(1) Cada operador tiene que requerir que cada niño o joven atendiendo este programa las vacunes actuales como es especificado en K.A.R. 28-1-20 o tiene la inmunidad por causas medicas. Completa una forma para cada niño o joven atendiendo el programa escolar.

Nombre y Apellido del niño o joven	Genero (M.O.F.)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Primer día en el Programa (Mes/Día/Año)
---	------------------------	--	--

Nombre y Apellido de la madre o Guardián del Niño o Joven

Dirección de la madre o Guardián	Ciudad	Código	Numero de teléfono ()
---	---------------	---------------	-------------------------------

Empleo y Dirección del trabajo	Ciudad	Código	Numero telefónico del trabajo ()
---------------------------------------	---------------	---------------	--

Nombre y Apellido del Padre o Guardián del Niño o Joven

Dirección del padre o Guardián	Ciudad	Código	Numero de teléfono ()
---------------------------------------	---------------	---------------	-------------------------------

Empleo y Dirección del trabajo	Ciudad	Código	Numero Telefónico del Trabajo ()
---------------------------------------	---------------	---------------	--

Nombres y edades de otros niños en la familia del niño o joven (adjuntar hoja adicional se es necesario.)

Personas autorizadas a recoger el niño o joven en un caso de emergencia. Incluir nombre, apellido y dirección. Adjuntar hoja adicional si es necesario	Ciudad	Código	Teléfono durante las horas de programa
---	---------------	---------------	---

Nombre y Apellido de doctor y dirección	Ciudad	Código	Numero de teléfono ()
--	---------------	---------------	-------------------------------

Nombre del hospital de preferencia en caso de emergencia.

Si	No	N/A	Llene la siguiente información sobre medicinas para este niño o joven
			¿Es este joven o niño en necesidad de medicinas que no ahíjan sido prescriptas durante el tiempo que este en el programa? Este en el programa?
			Si contesto si. ¿Hay en folleto firma dando autorización?

Circule cualquiera de las siguientes condiciones o dificultades que afectan al joven o niño.			
Alergias	Anginas/resfrías	Infecciones o dolores del oído	Condiciones del Corazón o pulmón
Problemas del piel	Asma	Dolores de cabeza	Diabetes
Visual	Comunicaron/Verbal	Oír	Condición Emocional
Otros: Por favor describa			

Si usted circulo algunas de las condiciones anteriores, por favor provea información adicional que pueda ayudar nuestros empleados en proveer las necesidades del niño o joven. (Incluya una hoja adicional si es necesario)

Provea información adicional sobre su niño o joven que pueda afectarle durante el tiempo que este en la escuela programa incluir cualquier necesidad especial, restricciones activas, cambios drásticos entre el hogar o cualquier especial instrucción. (Incluya una hoja adicional se es necesaria)

Completa la siguiente información sobre el estado de inmunización de su hijo o joven.

Si	No	
		¿Si su hijo(a) atendió una escuela publica o acreditada escuela no publica en el estado de Kansas, Missouri u Oklahoma en el ano pasado?
		¿Si puso si, están todas las inmunizaciones al corriente en su hijo(a)?
		Si puso so a las dos cuestiones, usted no necesita completar la historia de inmunización siguiente. Si puso no a cualquier pregunta anterior, usted tiene que completar la historia de inmunización siguiente de este niño(a) o ponga una copia de la historia de inmunización del joven.

Por favor de fechas en el siguiente espacio de todas las vacunas en serie completas por este niño(a) MM/DD/ANO

		1	2	3	4	5
	DPT, DT*. TD(*DT onlyif child is allergic to DTP)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	
	MMR	/ /	/ /			
Dingle	RUBELOA (MEASLES)	/ /	/ /			
Dose	MUMPS	/ /	/ /			
Only	RUBELLA (GERMAN MEASLES)	/ /	/ /			
	HIB (Hemophilus Infl. B) *RECOMMENDED	/ /	/ /	/ /	/ /	
	HBV (Hepatitis B Vaccine) *RECOMMENDED	/ /	/ /	/ /		
	VAR (Varicella-Chicken Pox) *RECOMMENDED	/ /				

Escriba nombre y apellido de la persona que completo la forma de historia de salud	Relación al Niño o Joven	Fecha
---	---------------------------------	--------------

Si la historia de salud fue completa por persona que no es el pariente o guardián, ¿Quién le dio esta información?	¿Cual es su relación con el niño o joven?
--	---

Doy fe, que bajo multa de perjurio, que a mi mejor conocimiento y recolección la información provista en esta forma es verdad y correcta.

Firma de la persona que completo esta forma	Fecha que fue firmado
--	------------------------------

**El Programa de Enriquecimiento Después De Escuela y del Verano del Centro Comunitario de Bethel
Renuncia de consentimiento, renuncia y liberación de responsabilidad, Lanzamiento de foto y video**

Después De Escuela y del Verano del Centro Comunitario de Bethel Renuncia de consentimiento, renuncia y liberación de responsabilidad, Lanzamiento de foto y video En nombre de mi hijo/a un/a menor de edad,

_____, yo doy permiso a él/ella para participar en La Programa Después de la Escuela y el Programa del Verano de Enriquecimiento (ASSEP). Yo doy permiso para el transporte de mis hijos por las camionetas de Bethel. Yo por la presente garantiza que yo y mi hijo/a estamos familiarizados con los riesgos asociados con la participación en las actividades de ASSEP. Reconozco que la participación de mi hijo/a en este programa es enteramente voluntaria y no es parte del programa curricular regular de la escuela. Estoy de acuerdo y doy consentimiento a la participación de mi hijo/a en ASSEP durante este año escolar y asumo todos los riesgos y peligros que se llevan como parte de las actividades asociadas. Por la presente libero, exonero, indemnizo y mantengo sin culpa el Centro Comunitario de Bethel, sus empleados y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad por daños, heridas o gastos de cualquier tipo que surja de o conectado con la participación de mi hijo en ASSEP incluyendo siendo transportado por los automóviles de Bethel y automóviles secundarias (autobuses de la escuela). Entiendo que en caso de una emergencia médica, se utilizará mi propio plan médico. Como condición para participar en el programa ASSEP por el estudiante nombrado en esta aplicación, reconozco que yo he leído este forma de consentimiento y a sabiendas, en nombre de mi hijo/a, asumo todos los riesgos asociados con participando de cualquier manera en el programa ASSEP. Entiendo que como parte de la participación de mi hijo/a en ASSEP, fotos, videos, imágenes electrónicas, grabaciones de audio y las citas de mi hijo/a pueden ser usados en publicaciones e informes sobre el programa. Yo concedo permiso para ASSEP a usar tales materiales como se describe.

Nombre Escrito Firma: _____

Signature _____ Date/Fecha _____

