

Información médica

91. Marque el casillero que corresponda en relación con su hijo:

	SÍ	NO		SÍ	NO
Alergia a comidas (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo de corrección (anteojos, audífonos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alergias (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan de educación individualizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales/de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los niños que necesitan atención médica especial son aquellos que tienen problemas crónicos físicos, del desarrollo, de la conducta o emocionales que se espera durarán 12 meses o más y que además requieren servicios médicos y otros servicios relacionados mayores que los que requieren los niños en general. Si su hijo necesita atención médica especial, trátelo con su proveedor de cuidado infantil.

Explique: _____

92. ¿Necesita su hijo atención médica especial que requiera tratamiento y/o medicamentos? SÍ NO

Explique: _____

93. ¿Recibe su hijo medicamentos por algún trastorno o enfermedad? SÍ NO

Explique: _____

94. ¿Existe alguna actividad en la que su hijo no pueda participar? SÍ NO (en caso afirmativo, especifique)

Explique: _____

DECLARACIÓN CERTIFICATORIA

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información que antecede es verdadera y correcta. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación. Acepto que me atendré a todas las reglas y normas vigentes de este programa. Doy mi consentimiento para la inscripción y participación del niño arriba mencionado en este programa.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del funcionario receptor

Fecha

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
DESARROLLO JUVENIL Y COMUNITARIO (DYCD, por sus siglas en inglés) (Para que
complete el padre, madre o tutor)

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Si mi hijo necesita atención médica de emergencia y no pueden localizarme, doy mi consentimiento para que el programa mencionado anteriormente obtenga la atención médica necesaria para mi hijo. Acepto abonar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que mi hijo reciba. Entiendo que se hará todo lo posible por contactarme antes y después de que reciba atención médica.

2. Después de que mi hijo haya recibido atención médica de emergencia, podrán retirarlo las siguientes personas:

Nombre: _____ *Relación con el niño:* _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ *Empleador:* _____

Teléfono laboral: _____

Nombre: _____ *Relación con el niño:* _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ *Empleador:* _____

Teléfono laboral: _____

Nombre: _____ *Relación con el niño:* _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____ *Empleador:* _____

Teléfono laboral: _____

3. Información sobre seguro/salud:

Médico del alumno: _____ *Compañía de seguro:* _____

Teléfono: _____ *Nº de identificación del beneficiario:* _____

Alergias: _____ *Religión: (opcional)* _____

Última vacuna contra el tétano: _____ *Medicamento(s) que toma:* _____

Domicilio (médico del): _____

Comentarios adicionales: _____

4. Entiendo que este consentimiento tendrá validez a partir de la fecha en que yo firme el presente formulario y se mantendrá mientras mi hijo esté inscrito en el programa extraescolar.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

RHINELANDER CHILDREN'S CENTER
PROGRAMA DE LOS SÁBADOS PARA NIÑOS SORDOS Y CON
LIMITACIONES AUDITIVAS

**Autorización de los padres para participar en la evaluación del
Programa de actividades posteriores al horario escolar fuera de la
escuela**

Estimado padre o madre,

Su hijo(a), _____, está inscrito(a) en el programa posterior al horario escolar en PROGRAMA DE LOS SÁBADOS PARA NIÑOS SORDOS Y CON LIMITACIONES AUDITIVAS, el cual recibe apoyo del departamento de desarrollo juvenil y comunitario (Department of Youth and Community Development, DYCD). Para supervisar la eficacia de este programa y garantizar su éxito futuro, el DYCD constantemente realiza evaluaciones, cuyo objetivo es determinar cómo ayudan estos servicios a los estudiantes y cómo se pueden mejorar para cumplir los requisitos del financiamiento.

Específicamente, solicitamos la autorización de los padres para:

- Comunicarnos con la escuela de sus hijos y obtener antecedentes que muestren su avance, incluyendo información sobre matrículas, calificaciones, puntajes de pruebas a nivel local y estatal, y asistencia a clases.
- Hablar con los maestros y con el personal a cargo de las actividades posteriores al horario escolar sobre el avance de los estudiantes y la participación en el programa posterior al horario escolar, así como examinar los antecedentes sobre la participación en dicho programa.
- Encuestar y/o entrevistar a los padres y estudiantes sobre el programa y sus efectos.

Toda la información que recopilemos se utilizará sólo para evaluar el programa posterior al horario escolar y no será compartido con otras personas. La participación en la evaluación no afectará a su hijo(a) en la escuela, en el programa posterior al horario escolar, ni en ninguna otra forma. No usaremos su nombre ni el de su hijo(a) en ningún informe. Al final de la evaluación, destruiremos todos los antecedentes que incluyan información personal. La participación en el estudio es completamente voluntaria y los participantes pueden retirarse en el momento que lo deseen sin sufrir la menor consecuencia.

Seleccione una de las siguientes opciones y envíe este formulario al coordinador/director del programa.

SÍ, AUTORIZO A MI HIJO(A) A PARTICIPAR. He leído la información anterior y autorizo que mi hijo(a) participe en la evaluación del programa posterior al horario escolar. También autorizo que el DYCD obtenga los antecedentes de mi hijo y entreviste al personal de la escuela y del programa para fines de evaluación.

Firma

Fecha

NO, NO AUTORIZO A MI HIJO(A) A PARTICIPAR. He leído la información anterior y **NO** autorizo que mi hijo(a) participe en la evaluación del programa posterior al horario escolar.

Firma

Fecha

Si tiene consultas sobre la evaluación, comuníquese con el coordinador local de actividades posteriores al horario escolar.



The Children's Aid Society
 Programa de los Sábados Para Niños Sordos y
 Adolescentes Con Limitaciones Auditivas
 350 East 88th Street
 New York, NY 10128

Phone: (212) 876-0500 Fax: (212) 876-9718

www.rhinelandcenter.org

Email: DeafSatProgram@aol.com

DÍAS DEL PROGRAMA
2009-2010

SEPTIEMBRE 12th & 19th

OCTUBRE 3rd & 24th

NOVIEMBRE 7th & 21st

DICIEMBRE 5th & 19th

ENERO 9th & 23rd

FEBRERO 6th & 27th

MARZO 6th & 20th

ABRIL 10th & 24th

MAYO 8th & 22nd

JUNIO 5th & 19th

HORAS DEL PROGRAMA

10:00-3:00 PM

NIÑOS EN GRUPOS 1,2 & 3
 FAVOR DE TRAER SU ALMUERZO

LOS JOVENES DEL GRUPO SEL LE PIDE QUE
 POR FAVOR TRAIGAN SU ALMUERZO O
 DINERO PARA PODER COMPRAR SU
 COMIDA.

EN LOS DIAS DE VIAJES, TIENEN QUE
 TRAER SU PROPIA ALMUERZO.

FAVOR DE RECOGER SUS NIÑOS A LAS 3 PM

