



# Promise South Salt Lake Programa 2021-2022 Aplicación de Jóvenes

Nombre del Estudiante (Primer Nombre, Apellido)				Guardian/Padre	Genero	Numero de Teléfono	Texto?
Nombre Preferido de Estudiante (si diferente)							
Fecha de Nacimiento	# de Estudiante	Edad	Genero	Persona autorizada para recoger al niño/a ( <u>aparte de aquellos en la lista arriba</u> ): *Todas la personas que recogen niños/as de la escuela se les pedirá identificación adecuada*			
Maestra/o		Grado		Nombre	Relación con el estudiante	Numero de Teléfono	
Dirección			Apt#				
Hermanos y sus Grados							
Guardián Dirección de correo electrónico				Idioma/s hablado en casa			

Información Médica	Si/No	Especificar
Alergias		
Necesidades Nutricionales		
Medicamentos		
IEP o 504		
<b>Algún otra necesidades o información que necesitemos saber:</b>		

<b>Marque todos los que apliquen. Esta información es voluntaria no es requerido responder.</b>	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/Asiático Americano <input type="checkbox"/> Moreno/Africano/Afroamericano <input type="checkbox"/> Latino/a <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano  Mi hijo recibe almuerzo gratis o precio reducido. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
País de Nacimiento _____	

**Si usted está de acuerdo con las siguientes declaraciones, por favor de poner iniciales/chechar**

\_\_\_\_\_ **Prensa:** Doy permiso para que mi hijo sea entrevistado, encuestado, fotografiado o grabado en video durante las actividades de Promise South Salt Lake, todas las cuales podrían usarse para la evaluación del programa, publicación promocional o fines educativos.

\_\_\_\_\_ **Paseos:** Yo doy permiso para que mi hijo participe en los paseos.

\_\_\_\_\_ **Caminar a Casa:** Le doy permiso a mi hijo a caminar a casa desde las locaciones de los Programas.

\_\_\_\_\_ **Precauciones de COVID-19:** Doy permiso para que el personal de Promise South Salt Lake monitoree a mi hijo de síntomas de enfermedades contagiosas que puede incluir tomar temperaturas. Entiendo que mi hijo no podrá asistir al programa si presenta alguno de los siguientes síntomas: fiebre superior a 101°, tos, dificultad para respirar, dolor muscular, pérdida del sentido del olfato o del gusto, ojos inflamados/llozosos, dolor de garganta, diarrea, vómitos u otros síntomas de resfriado/gripe. Notificaré al personal de Promise sobre cualquier síntoma o prueba positiva de COVID-19 en mi hogar y cooperaré en cualquier esfuerzo de rastreo de contactos necesario.

\_\_\_\_\_ **Actividades Virtuales:** Doy permiso para que mi hijo participe en las actividades del programa dirigidas que utiliza plataformas en línea cuando sea necesario.

**Referral de Early Childhood:** \_\_\_\_\_ ¿Tiene hijos de 0 a 4 años? S / N  
 En caso que SI, ¿podemos compartir su información con nuestras organizaciones compañeras de Early Childhood? S / N

**Responsabilidad/Autorización Médica y Permiso para Participar**

Entiendo que cualquier interacción con el público en general presenta un riesgo elevado de estar expuesto al COVID-19 y otras enfermedades contagiosas. Si bien Promise South Salt Lake sigue las pautas de los funcionarios locales de salud pública y cuidado de niños y toma precauciones para promover la salud y la seguridad de los participantes y el personal del programa, Promise South Salt Lake no puede garantizar que los jóvenes no estarán expuestos mientras participan en los programas de Promise. En consideración a la aceptación de mi solicitud/solicitud para participar en los Programas de Promise South Salt Lake, por la presente renuncio, exonerar y descargo todas y cada una de las reclamaciones por daños de muerte, lesiones personales o daños a la propiedad que yo y/o mi hijo(a) puede tener, o que en adelante pueda acumularse como resultado de la participación en dichos programas. Se entiende que algunos programas/actividades implican un elemento de riesgo o peligro de accidentes, y conociendo esos riesgos, por la presente asumo esos riesgos. Se entiende y acuerda además que esta renuncia, liberación y asunción de riesgo es obligatoria para mis herederos y cesionarios. He leído y entendido la liberación de la responsabilidad de renuncia, y la firmo voluntariamente. Por la presente doy a la Promise South Salt Lake el derecho de prestar ayuda y aplicar tratamiento médico de emergencia a mí mismo y/o a mi hijo(a) en caso de accidente o lesión, según lo consideren necesario. Además, en caso de emergencia o enfermedad grave, cuando no puedo ser contactado inmediatamente, por la presente autorizo a Promise South Salt Lake a obtener atención médica de emergencia y / o proporcionar transporte médico. Autorizo todo tratamiento médico y quirúrgico, radiografía, laboratorio, anestesia y otros procedimientos médicos y / o hospitalarios que pueda ser realizado o prescrito por el médico y / o paramédicos para mi hijo y renuncio a mi derecho al consentimiento informado del tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha