



MT. DIABLO AND YGNACIO VALLEY HIGH SCHOOLS
including the CARES After School Program
(Collaboration for Academics, Recreation and Enrichment for Students)



TARJETA DE EMERGENCIA DEL PARTICIPANTE
(POR FAVOR COMPLETE CON LETRA MAYUSCULA Y CLARA)

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|---------------------------------------|---|-------|--|---|---------------|---------------------------------------|---------------|--|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | | APELLIDO PATERNO | | PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | APODO | | | |
| DOMICILIO NÚMERO Y CALLE | | | | | | CIUDAD | | CÓDIGO POSTAL | | | |
| EDAD | | FECHA DE NACIMIENTO | | SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | | NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA () | | | | | |
| NOMBRE DE LA ESCUELA DEL NIÑO(A) | | | | | GRADO | | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE | | | | |
| PROGRAMA DE UBICACIÓN: <input type="checkbox"/> MT. DIABLO HIGH SCHOOL <input type="checkbox"/> YGNACIO VALLEY HIGH SCHOOLS | | | | | | ¿COMO SE IRÁ A CASA DESPUÉS DEL PROGRAMA? CAMINANDO <input type="checkbox"/> LO RECOGERÁN <input type="checkbox"/> A QUE HORA: _____ | | | | | |
| | | | | | | ¿CALIFICA ESTE(A) NIÑO(A) PARA LA COMIDA GRATIS O REDUCIDA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO DESEO RESPONDER | | | | | |
| NOMBRE DE LA MADRE O GUARDIAN PRIMER NOMBRE | | | APELLIDO | | | NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN PRIMER NOMBRE | | | APELLIDO | | |
| DOMICILIO DE CASA | | | | | | DOMICILIO DE CASA | | | | | |
| CIUDAD | | | | CÓDIGO POSTAL | | CIUDAD | | | | CÓDIGO POSTAL | |
| NOMBRE DE EMPLEO | | | | | | NOMBRE DE EMPLEO | | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA () | | | NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO () | | | NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA () | | | NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO () | | |
| PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD | | | | | | | | | | | |

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

| | | | | | | | | | |
|--------|--|-----------|--|------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------|--|
| NOMBRE | | DOMICILIO | | CIUDAD / CÓDIGO POSTAL | | RELACIÓN / PARENTESCO | | NÚMERO DE TELÉFONO () | |
| NOMBRE | | DOMICILIO | | CIUDAD / CÓDIGO POSTAL | | RELACIÓN / PARENTESCO | | NÚMERO DE TELÉFONO () | |
| NOMBRE | | DOMICILIO | | CIUDAD / CÓDIGO POSTAL | | RELACIÓN / PARENTESCO | | NÚMERO DE TELÉFONO () | |

CONTACTO FUERA DEL ESTADO EN CASO DE EMERGENCIA

Favor designe un contacto fuera del estado.
Este contacto sólo se usará en el caso de que los medios de comunicación en el area de la Bahía no funcionen.

| | | | | | | | | | |
|--------|--|----------|--|--------|--|----------------------------|--|-------------------------------|--|
| NOMBRE | | RELACIÓN | | ESTADO | | NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA | | NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO | |
|--------|--|----------|--|--------|--|----------------------------|--|-------------------------------|--|

PERSONAS APARTE DE LOS PADRES QUE PUEDEN RECOGER AL NIÑO(A)

| | | | | | | | |
|---------------|--|----------|--|-----------------------|--|---------------------------|--|
| PRIMER NOMBRE | | APELLIDO | | RELACIÓN / PARENTESCO | | NÚMERO DE TELÉFONO () | |
| PRIMER NOMBRE | | APELLIDO | | RELACIÓN / PARENTESCO | | NÚMERO DE TELÉFONO () | |
| PRIMER NOMBRE | | APELLIDO | | RELACIÓN / PARENTESCO | | NÚMERO DE TELÉFONO () | |

EN CASE DE EMERGENCIA DONDE RECIBE CUIDADO MEDICO O DENTAL

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--------|--|---------------|---------------------------|------------------------------------|--|
| NOMBRE DE DOCTOR | | | | | | NÚMERO DE TELÉFONO () | | |
| DOMICILIO | | | CIUDAD | | CÓDIGO POSTAL | | NÚMERO DEL PLAN MÉDICO O DE KAISER | |
| NOMBRE DE DENTISTA | | | | | | NÚMERO DE TELÉFONO () | | |
| DOMICILIO | | | CIUDAD | | CÓDIGO POSTAL | | PLAN DENTAL/NÚMERO DEL PLAN | |
| ¿QUE DEBEMOS HACER EN CASO DE QUE NO PODAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON SU MÉDICO? <input type="checkbox"/> LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/> OTRA COSA, POR FAVOR EXPLIQUE: | | | | | | | | |

Por favor marque la cajita si su hijo(a) tiene problemas de salud o alergias. Por favor explique al revés de la forma.

(De vuelta/más al reverso)

CUIDADO MEDICO

¿Tiene alergias a comidas? _____

¿Ha estado enfermo recientemente? Sí No ¿De que? _____

List all medications presently taking: _____

Autorización Cuidado Médico o de Cirujía

Yo autorizo, si es necesario para mí o mi hijo(a), al personal médico que fue seleccionado por el personal del programa que provee rayos-x, pruebas de rutina, tratamiento, y transporte. En caso de urgencia y que no se puedan poner en contacto conmigo, Yo autorizo al doctor, que el director del programa seleccione, que obtenga y suministre tratamiento médico para mi hijo(a) mencionado arriba.

Transportación

El personal del Mt. Diablo Unified School District/City of Concord/Bay Area Community Resources tiene mi permiso de dejar que mi hijo(a) salga del programa a 6:00 pm, que camine, vaya en bicicleta o use transporte público. Encuanto mi hijo(a) deja el programa al final del día, yo estoy de acuerdo que la responsabilidad de mi hijo(a) deja de ser del personal del Mt. Diablo Unified School District/City of Concord/Bay Area Community Resources.

Fotografías

Su hijo (a) participará en actividades dónde muchas veces se les toma fotografías. En ocasiones estas fotos se usan en promociones. ¿Se le puede tomar fotografías a su hijo (a) para promociones? Sí No

Yo se que este es un programa público de la Mt. Diablo Unified School District/City of Concord/Bay Area Community Resources. Yo entiendo que la Ciudad de Concord no tienen que tener mi consentimiento para usar mi nombre o el de mi hijo (a) menor al igual que la voz, firma, fotografía, o similitudes en noticieros, relaciones públicas, durante la programación de eventos deportivos, en reportajes deportivos, o en campañas políticas según el Código Civil 3344.

Evaluaciones

Entiendo que el programa de CARES realiza evaluaciones para evaluar la calidad de los programas. Yo doy permiso para que mi hijo/a participe en la evaluación. Asimismo, yo entiendo que la información de mi hijo/a será confidencial y solamente personas conectadas con la agencia y la evaluación tendrán acceso a dicha información.

Liberación de Responsabilidad

Yo, el/la firmador, certifico que soy el padre/madre o guardian legal del participante, que el/ella está en buenas condiciones físicas y doy mi permiso para que el/ella participe en todas las actividades del programa con la excepción de las ya anotadas. Yo se que los programas tienen actividades físicas. Parte del posible peligro son el ser expuesto al frio o temperaturas extremas, y ser herido. Se requiere equipo y vestuario apropiado de todos los participantes. Es más yo entiendo que cómo parte de las heridas las siguientes tambien pueden ocurrir: lastimaduras, cortadas, lesiones abrasiones y fracturas y hasta muerte accidental. Yo asumo toda la responsabilidad por cualquier daño o heridas que sufra o haga durante su participación en el programa. Yo afirmo que todas mis respuestas son la verdad según mi conocimiento al completar esta aplicación.

Firma del Padre o Guardian _____ Fecha _____

Alguna otra información pertinente: _____

Otros hijos(as) en el programa:

1. Nombre _____ Grado escolar en agosto 2011 _____

2. Nombre _____ Grado escolar en agosto 2011 _____

3. Nombre _____ Grado escolar en agosto 2011 _____

4. Nombre _____ Grado escolar en agosto 2011 _____