



MT. DIABLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CARES Summer 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 – MARQUE UNO:						¿COMO SE IRÁ A CASA DESPUÉS DEL PROGRAMA? CAMINANDO <input type="checkbox"/> LO RECOGERÁN <input type="checkbox"/> A QUE HORA: _____					
<input type="checkbox"/> Bel Air		<input type="checkbox"/> El Monte		<input type="checkbox"/> Meadow Homes		<input type="checkbox"/> Sun Terrace					
<input type="checkbox"/> Cambridg		<input type="checkbox"/> (Also serving Holbrook and Wren Ave.		<input type="checkbox"/> Mt. Diablo High		<input type="checkbox"/> (Also serving Holbrook and Wren Ave.					
<input type="checkbox"/> Delta View				<input type="checkbox"/> Rio Vista							
<input type="checkbox"/> El Dorado				<input type="checkbox"/> Riverview							
<input type="checkbox"/> (Also serving Glenbrook and Oak Grove)		<input type="checkbox"/> Fair Oaks		<input type="checkbox"/> Shore Acres		<input type="checkbox"/> Ygnacio Valley Elem.		<input type="checkbox"/> Ygnacio Valley High			
						¿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?

- LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA
 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: _____

Yo autorizo al personal que le de los siguientes medicamentos a _____

NOMBRE DEL NIÑO

Medicina _____ Medicina _____

Dosis _____ Dosis _____

¿A que hora se le debe de dar? _____ ¿A que hora se le debe de dar? _____

¿Para que está tomando la medicina? _____ ¿Para que está tomando la medicina? _____

Firma del Padre _____

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/Departamento de Sevicios de Recreo de la Ciudad de Corncord/Ambrose Recreation & Park District/Bay Area Community Resources tiene mi permiso de dejar que mi hijo(a) salga del programa a (hora) _____, que camine, vaya en bicicleta o use transporte público. Encuanto mi hijo(a) deja el programa al _ nal del día, yo estoy de acuerdo que la responsabilidad de mi hijo(a) deja de ser del personal del Mt. Diablo Unified School District/Departamento de Sevicios de Recreo de la Ciudad de Corncord/ Ambrose Recreation & Park District/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/Ciudad de Concord/Ambrose Recreation & Park District . 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 politicas 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 fisicas. 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 2010 _____

2. Nombre _____ Grado escolar en agosto 2010 _____

3. Nombre _____ Grado escolar en agosto 2010 _____

4. Nombre _____ Grado escolar en agosto 2010 _____