

After School Club Registration (Spanish)

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Apellido del participante: _____ Nombre: _____ Genero _____
Domicilio: _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Escuela: _____ Grado: _____
Dirección de escuela _____ # de Salón _____
Nombre del profesor _____ Un Ciclo Ciclo Tres **A B C** Ciclo Cuatro **A B C D**

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre de padre/guardian: _____
Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono de trabajo: (____) _____ Teléfono Móvil: (____) _____

Nombre de padre: _____
Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono de trabajo: (____) _____ Teléfono Móvil: (____) _____

Correo Electronico:

PERSONA(S) DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA, si no puedo ser contactado:

Nombre: _____ Número de teléfono: (____) _____ Relación _____
Nombre: _____ Número de teléfono: (____) _____ Relación _____

Autorizo que SOLO estas personas adicionales recojan a mi niño(a). (También anote uso compartido de auto)

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación _____
Nombre: _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre de padre/guardian: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

PERMISO DEL PADRE/GUARDIAN:

Yo autorizo a mi hijo(a) _____ para viajar (autobús, camioneta o caminar) a cualquier excursión/ser recogido de la escuela/ o parada de autobús asociado con el CENTRO DE RECREACIÓN LAFAYETTE, incluyendo caminar de la escuela con el personal del Centro de Recreación Lafayette. Libero a la Ciudad de Los Angeles y a sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier responsabilidad relacionada con esta autorización.

FECHA: _____ FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN: _____

**AUTORIZACION A CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DEL MENOR EN CASO DE EMERGENCIA,
ENFERMEDAD, O ACCIDENTE**

(Yo)/ (Nosotros), los padres/guardians de _____, un menor, autorizo a los **DIRECTORES Y PERSONAL DEL CENTRO DE RECREACIÓN LAFAYETTE** como agente del menor para consentimiento de rayos X, anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico o tratamiento y cuidado de hospital que se considere conveniente por, y sea rendido bajo la supervisión general, doctor (M.A.), dentista (D.D.S.) o cirujano licenciado bajo la disposición del Acto De Practica Medica, o el personal médico de un hospital licenciado si dicho diagnostico o tratamiento se realiza en la oficina de dicho médico o en dicho hospital. Este cuidado puede darse en cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, el miembro o el bienestar de mi dependiente. **SECCIÓN 25.8 DEL CÓDIGO CIVICO DE CALIFORNIA**

Esta entendido que esta autorización esta hecha en el anticipo de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado médico necesario, pero es dado para dar consentimiento, para uno o todo diagnóstico, tratamiento o cuidado médico en cual el doctor ya mencionado ejercite a lo mejor de su juicio Además, eximo al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Angeles y a sus oficiales, agentes o empleados de cualquier responsabilidad relacionada con esta solicitud.

ESTA AUTORIZACIÓN QUEDARA EN EFECTO HASTA QUE EL PROGRAMA TERMINE A MENOS QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO Y ENTREGADO A LOS AGENETES YA MENCIONADOS.

FECHA: _____ FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN: _____

Apellido del participante: _____ Nombre: _____

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

Está al día la vacuna del tétano?: Si No

El estudiante ha tenido lo siguiente?:

Viruela	_____	Problemas del sinus	_____	Desmayos	_____
Sarampion	_____	Amigdalitis	_____	Constipacion	_____
Sarampion Alema	_____	Apendicitis	_____	Trasstorno del estomago	_____
Fiebre Reumatica	_____	Asma	_____	Salpullido	_____
Difteria	_____	Fiebre del heno	_____	Infecciones del oido	_____
Problemas del corazon	_____	Resfriados frecuentes	_____	Sangramiento de nariz	_____
Paperas	_____	Dolores de cabeza	_____	Orinar la cama	_____

Otro: _____

Comentarios: _____

Reacciones Alérgicas Por Favor Anotar:

Alimentos: _____

Piquetes de abeja (etc.): _____

Medicamentos (penicilina, etc.): _____

Operaciones o lesiones graves: _____

El estudiante ha recibido tratamiento médico durante el año pasado? _____ En caso afirmativo, por favor incluya la fecha y la razón del tratamiento. _____

El niño toma algún medicamento actualmente? _____ En caso afirmativo, por favor ponerlo en una lista, dosis específicas y cantidades diarias.

**Medicación	Dosis (1 píldora, media píldora etc.)	Horarios Diarios (1 vez, con comida etc.)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**No se nos permite administrar medicamentos. El participante debe ser capaz de auto administrarse los medicamentos. (Abrir y cerrar el contenedor, tomar medicamentos, etc... sin ayuda del personal.)

FORMA DE EXENCION Y LIBERACION

En consideracion de La Ciudad de Los Angeles actuando por medio de su Departamento de Recreacion y Parques en el **C.C Lafayette** concediendo al estudiante nombrado arriba ("Menor") la oportunidad de participar en **C.C Lafayette** ("Programa")

Yo, _____ el, abajo firmante, como padre/guardian de _____ ("el Menor"), Yo entiendo lo siguiente:

Estoy consiente de que hay riesgos de heridas y/o daños inherentes en las actividades del programa;

Entiendo que si mi hijo(a) se comporta mal o esta enfermo y nesecita ser mandado a casa; tendre que recoger a mi hijo(a) al tiempo que el personal de Club de Tarea me lo requiera;

Entiendo que el Centro no tiene aseguranza.

Estoy de acuerdo de llenar la forma del Centro de el Historial Medico, proporcionar el Historial Medico completo y veridico; incluyendo historial de vacunas y estado de salud;

Entiendo que en ciertas circunstancias el personal puede requerir una autorizacion escrita basada en un examen fisico de un medico licenciado como requerido para la participaci3n del Menor en el Programa;

Yo confirmo que a lo mejor de mi entendimiento que el Menor no est1 sujeto a ninguna enfermedad fisica o mental ni bajo la influencia de ninguna sustancia o medicamento que pueda impedir la participacion o seguridad propia y de lo dem1s en el Programa;

Voy a instruir al Menor a seguir todas las reglas de seguridad, polizas y reglamentos y de tomar precauciones razonables para reducir los riesgos de heridas o da1os surgiendo de la participacion en el Programa;

Do y mi consentimiento a que el Menor participe en todo aspecto del Programa;

Habilmente asumo toda responsabilidad de todo riesgo de heridas, heridas emocionales, muerte o da1o propietario que pueda ocurrir en relacion al Menor como consecuencia de participar en el Programa;

Do y mi consentimiento a tener al Menor transportado por: carro, van, autobus, autobus escolar y/o transportaci3n publica como parte del Programa;

Yo entiendo que el Centro no tiene obligacion de obtener tratamiento medico para el Menor. Si fuera necesario que el Menor tenga que tener tratamiento medico de emergencia mientras participando en el Programa; **Yo do y permiso al personal del Parque** de usar su juicio en obtener cuidado medico; **yo do y permiso al proveedor medico** seleccionado por el personal del Parque para dar el cuidado medico necesario y apropiado;

Excepto por negligencia grave o mal conducta deliberada del Centro, Yo (poner nombre) _____

renuncio todo derecho de recuperar que yo o el Menor tenga ahora o en el futuro, sea o no sea conocido, contra La Ciudad de Los Angeles, Departamento de Recreacion y Parques, **C.C LAFAYETTE** sus oficiales, agentes, empleados y/o personal, y

Yo renuncio, absuelvo y para siempre descargo a La Ciudad de Los Angeles Departamento de Recreacion y Parques, C.C Lafayette, y sus oficiales, agentes, empleados, y/o personal de toda obligaci3n por cualquier da1o f1sico, da1o emocional, u otro da1o personal, da1o, perdida de servicios o uso, compensaciones, deudadas, da1os monetarios, incluyendo pero no limitados a costos de abogado que resulten de, o que en cualquier forma est3n conectados con la participaci3n del Menor en el Programa o en cualquier actividad relacionada.

Estoy de acuerdo que tendre que avisarle al Personal si estare fuera de contacto por cualquier periodo de tiempo durante el Programa y proveer informaci3n de contactos adicionales antes de mi ida;

Tambien autorizo al C.C Lafayette, a La Ciudad de Los Angeles y al Departamento de recreacion y Parques a hacer , procurar, y/o usar fotografias, videos, grabaciones digitales de la imagen fisica y/o vocal del Menor para uso del Programa y/o del Parque para publicidad, venta, y/o material de propaganda;

He leido este consentimiento y entiendo que significa para mis derechos legales y la participaci3n del Menor y por mi firma hecha de mi propia voluntad;

Estoy de acuerdo de seguir las reglas y polizas impuestas en esta registracion y formas de renuncia;

He leido y entiendo las condiciones de pago, devueltos, y de matriculacion en esta forma de registro;

Estoy de acuerdo que al firmar este registro y forma de renuncia, que estare atado legalmente y extiende esta atadura al Menor.

Importante: Se requiere la firma original del Padre o Guardian.

Nombre de estudiante (letra de molde) _____ **Fecha** _____

Nombre de Padre/Guardian (letra de molde) _____ **Fecha** _____

Firma _____ **Fecha** _____