



## Payson Community Kids Inc.

### Formulario de Permiso, Divulgación y Consentimiento Médico – Otoño 2023-2024

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Talla de Camisa: \_\_\_\_\_ Talla de pantalones: \_\_\_\_\_ Talla de zapatos: \_\_\_\_\_

Dirección de los Padres: \_\_\_\_\_

Tel. Hogar/Padres: \_\_\_\_\_ Tel. Celular/Padres: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Principal de los Padres (marque uno)  Inglés  Español  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

#### **Permiso y Liberación de Responsabilidad**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo del padre/tutor en letra de imprenta) siendo el padre o tutor del menor indicado arriba doy mi permiso y consentimiento para que dicho niño participe en las actividades de Payson Community Kids, Inc. (la "Organización") tanto en los locales de la Organización como en otros sitios. Autorizo que mi hijo sea transportado a y de las actividades en un vehículo conducido por alguien que no sea su propio padre o tutor legal. Comprendo que todas las precauciones razonables de seguridad serán tomadas por los líderes de las actividades y que sí existe la posibilidad de un peligro imprevisto. En consideración a la oportunidad dada a mi hijo de participar en las actividades de la Organización, libero a la Organización, sus directores, oficiales, agentes, empleados, personal y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad de toda clase por cualquier pérdida o lesión a mi hijo debida a su participación en las actividades de la Organización. Además acuerdo indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a la Organización, sus oficiales, agentes, empleados, personal y voluntarios de cualquiera y toda reclamación, demanda o actos que estén en cualquier manera conectados con la participación de mi hijo en las actividades de la Organización

Mi hijo puede participar en excursiones de PCK (en autobús) durante horas de PCK: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

#### **Consentimiento para Tratamiento Médico**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre/tutor) siendo el padre o tutor legal de el/los menor/es indicado/s arriba doy mi consentimiento para cualquier diagnóstico o tratamiento de rayos-x, anestesia, médico, quirúrgico o dental que se podría considerar necesario para mi hijo menor de edad. Además, comprendo que se harán todos los esfuerzos posibles para contactarme antes del tratamiento. En caso que yo no pueda ser contactado en una emergencia, doy mi permiso al líder de las actividades para tomar decisiones necesarias para el tratamiento. Si no hubiese disponible un líder de actividades, doy mi permiso al médico tratante para que trate a mi hijo. Además comprendo que el doctor, dentistas y otros proveedores que atiendan a mi hijo tomarán todas las precauciones razonables de seguridad durante su cuidado.

Además, como padre o tutor legal, yo soy responsable por las decisiones de cuidados de salud de mi hijo menor de edad y acuerdo que mi plan de seguro es el plan principal para el pago de cuidados dentales, médicos o de hospital dados a mi hijo.

Nombre de Doctor Principal: \_\_\_\_\_ No. de Tel.: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

## Medicamentos, Alergias e información Especial

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

**\*\* Si su hijo tiene alergias a comidas apreciaremos que usted proporciones sus botanas y/o comidas. Las guardaremos y las distribuiremos durante horas regulares de botana y comidas de PCK. Hacemos todo lo posible pero no siempre tenemos las comidas apropiadas. Cada niño es diferente por lo que queremos trabajar con usted.**

Instrucciones Médicas Especiales:

---

---

---

---

---

Si su hijo se accidenta durante horas de PCK administraremos primeros auxilios apropiados. Si la lesión es severa o requiere más que una "curita" o una compresa de hielo y tiene temperatura (99.6 o más) o si no puede participar activamente en las actividades regulares de PCK se le notificará para que lo recoja.

Comprendo y acuerdo que este permiso, divulgación y consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocado, por escrito, y comprendo y acuerdo que es mi responsabilidad actualizar anualmente la información médica y de seguro de mi hijo.

Por mi firma abajo, reconozco que he leído y estoy de completo acuerdo con los términos de este **Formulario de Permiso, Divulgación y Consentimiento Médico** y que es mi intención ejecutar una liberación de responsabilidad completa e incondicional al grado total de la ley.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

# Payson Community Kids Inc.,

## Formulario de Contacto de Emergencia y Autorización para Recoger (Sólo es necesario 1 por familia)

Las horas regulares del programa son lunes a jueves, después de la escuela hasta las 5:30 p.m. Su hijo tiene que ser recogido antes de las **5:30 p.m.** No hacerlo podría tener como resultado la suspensión del programa.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Hermanos adicionales asistiendo a PCK:  No aplica (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_

### Información: Contacto de Emergencia Si no podemos localizarlo en los números proporcionados en la página 1.

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Tel.: \_\_\_\_\_

### Autorización para Recoger

¿Hay alguna otra persona con permiso para recoger a sus hijos **que no esté indicada en la información de contacto de emergencia?** Sí \_\_\_ No \_\_\_ De ser sí, favor de proporcionar la información a continuación

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ No. de Tel.: \_\_\_\_\_

*¿Hay una persona (o personas) específicas que no pueden recoger ni interactuar con mi(s) hijo(s)?*

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

**\*\*\* De ser Sí, favor de notificar a la oficina y proporcionar documentación y foto. \*\*\***

- **Mi(s) hijo(s) tiene(n) permiso de irse a casa caminando.** \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

Los niños que caminan a casa saldrán aproximadamente a las 5:15 cada día. Favor de llamar a la oficina al 928-478-7160 si esto cambia.

# Payson Community Kids Inc.,

## Consentimiento para Fotografiar

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ (hermanos si asisten a PCK)

---

Por este medio doy mi consentimiento y autorizo la toma de fotografías y su uso y reproducción, impresa o en formato electrónico por Payson Community Kids, Inc. (la "Organización") o cualquier persona autorizada por la Organización de cualquiera y todas la fotografías que han sido tomadas de mí y/o mi(s) hijo(s) para cualquier propósito, incluyendo pero no limitado a propósitos promocionales, publicitarios o de recaudación de fondos, sin compensación. Libero a la Organización, al fotógrafo, sus directores, oficiales, empleados, agentes y asignados de responsabilidad por la violación de cualquier derecho personal o de decoro que yo pudiese tener en relación a dicho uso. Todas la imágenes, electrónicas, negativas y positivas, junto con las impresas, son propiedad de la Organización

Por este medio reconozco que he leído y comprendo los términos de este consentimiento. Este acuerdo no tiene fecha de vencimiento al menos que el permiso sea revocado por escrito.

---

Nombre del Padre (en letra de imprenta)

---

Firma del Padre

---

Fecha

# Payson Community Kids Inc.,

## Acuerdo de Comportamiento (cada niño tiene que firmar, hay copias adicionales al solicitarse)

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

\*Todos los niños de seis a dieciocho años de edad son bienvenidos para asistir al programa de después de la escuela de Payson Community Kids.

\*Se invita y anima a los padres a que participen.

### **\*Cada niño que asiste a PCK y sus padres tienen que leer y firmar la siguiente política de comportamiento dentro de la primera semana de PCK.**

Todos los niños que asisten tienen que acatar la política de comportamiento y todas las reglas del programa y ser respetuosos con el personal. Si el niño no es respetuoso, ha violado la política de comportamiento o cualquier regla, estará sujeto a suspensión o expulsión del programa y sus beneficios.

#### **REAFIRMACIÓN POSITIVA**

“PCK Cash” es parte de nuestro programa de Reafirmación Positiva. Cada niño tendrá varias oportunidades cada día para ganar “PCK Kids cash”. “Cash” (“dinero”) es dado por participación, completar tarea, compartir, limpieza, etc... El “cash” puede usarse en nuestra tienda PCK para una variedad de cosas. Juguetes, regalos, dulces... La tienda está abierta por lo menos una vez por mes y según se necesite.

#### **COMPORTAMIENTO NO ACEPTABLE**

- Rehusarse a cumplir con las reglas de PCK de acuerdo a los instructores o el personal.
- Salir de edificios o propiedad de PCK durante sesiones sin permiso adecuado.
- Uso inapropiado de aparatos electrónicos. (Los celulares se recogerán, tienen que estar guardados en las mochilas)
- Participar o animar violencia física o agresión en contra de otra persona.
- Participar o animar a otros a participar en actos de “bullying”, amenaza, hacer de menos, excluir, o verbalmente abusar de otras personas.
- Uso de idioma inapropiado o irrespetuoso incluyendo amenazar con daños a otra persona.
- Convencer a un estudiante a hacer algo que amenaza daños o vergüenza para que ese alumno sea incluido en un grupo o una actividad.
- Dañar – a propósito – propiedad de PCK o la propiedad de otra persona.
- Tomar, o tener en su posesión, la propiedad de otra persona sin su permiso.
- Agregar o tratar de agregar sustancias extrañas a comidas o bebidas.
- Uso o posesión de cualquier producto de tabaco.
- Traer, acceder o discutir material que es considerado inapropiado para el programa, ejemplo: materiales intencionados para adultos.

**CONSECUENCIAS**

El comportamiento inaceptable tendrá como resultado consecuencias para el participante. Las consecuencias podrían incluir:

1. Salida temprana de PCK
2. Suspensión de PCK
3. Restitución o reembolso de daños
4. Negación de futura participación en programas de PCK.

NOTA: Cualquier conducta considerada inapropiada por el personal se considerará como una violación y se tomará acción apropiada. Si ocurre una infracción, el personal a cargo proporcionará comunicación apropiada a los padres/tutores.

**(Una copia del anterior Acuerdo de Comportamiento estará disponible para sus récords al solicitarse)**

Al firmar abajo el padre da su acuerdo a la política requerida de comportamiento y las reglas, reconoce que su hijo podría ser suspendido o expulsado del programa si el niño no es respetuoso, viola la política de comportamiento o cualquier regla y acuerda discutir la política de comportamiento y las reglas con su hijo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

***El estudiante tiene que completar lo siguiente:***

Al firmar este acuerdo, yo \_\_\_\_\_ acuerdo acatar la política de comportamiento y todas las reglas de Payson Community Kids Inc., y reconozco que si no lo hago, podría ser suspendido o expulsado del programa y sus beneficios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información Acerca de la Familia - ¡Información ahora necesaria para que podamos continuar recibiendo bocadillos!**

Apellido del Padre Principal: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

- 1) Nombre y Edad del Principal Niño que asiste
- 2) : \_\_\_\_\_

Etnicidad: ¿Son Hispanos/Latinos?  
(Una persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, de Sudamérica o Centro América u otra cultura u origen Español sin importar la raza) Elija solo uno

NO, no Hispano/Latino       Sí, Hispano/Latino

Raza:       Indio Americano o Nativo de Alaska       Asiático       Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacifico       Blanco

**\*Secciones adicionales para otros niños en el hogar:**

- 3) Nombre y Edad del Niño: \_\_\_\_\_

Etnicidad: ¿Son Hispanos/Latinos?  
(Una persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, de Sudamérica o Centro América u otra cultura u origen Español sin importar la raza) Elija solo uno      NO, no Hispano/Latino      Sí, Hispano/Latino

Raza:      Indio Americano o Nativo de Alaska      Asiático      Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacifico      Blanco

- 4) Nombre y Edad del Niño: \_\_\_\_\_

Etnicidad: ¿Son Hispanos/Latinos?  
(Una persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, de Sudamérica o Centro América u otra cultura u origen Español sin importar la raza) Elija solo uno      NO, no Hispano/Latino      Sí, Hispano/Latino

Raza:      Indio Americano o Nativo de Alaska      Asiático      Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacifico      Blanco

- 5) Nombre y Edad del Niño: \_\_\_\_\_

Etnicidad: ¿Son Hispanos/Latinos?  
(Una persona Cubana, Mexicana, Puertorriqueña, de Sudamérica o Centro América u otra cultura u origen Español sin importar la raza) Elija solo uno      NO, no Hispano/Latino      Sí, Hispano/Latino

Raza:      Indio Americano o Nativo de Alaska      Asiático      Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacifico      Blanco

\*Favor de marcar todos los que apliquen

Padre soltero \_\_\_ Recibe Estampilla de Comida de Asistencia Estatal \_\_\_ Médico Estatal \_\_\_ Desempleo \_\_\_  
Discapacidad \_\_\_

El niño vive con un tutor que no es su padre natural \_\_\_ Vive en un refugio/hogar temporal \_\_\_

El niño recibe almuerzo gratis \_\_\_ Almuerzo reducido \_\_\_

Número de personas que viven en el hogar \_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_

Necesidades del hogar: recibimos muchas llamadas acerca de aparatos electrodomésticos, muebles, ropa, etc.... rechazamos varias donaciones ya que no tenemos sitio para guardarlas. Si sabemos lo que usted necesita las podemos tomar y darle una llamada. Aunque no necesite nada ahora, por favor llámenos cuando lo necesite.

¡Ayudaremos con mucho gusto! -----  
-----  
-----

Si usted puede ayudar PCK siempre necesita voluntarios para una variedad de cosas, o tal vez usted tenga demasiado de algo que otra familia pudiese necesitar, o tal vez usted tiene un talento especial y puede compartirlo con PCK en alguna forma. Por favor indique su talento o el área en que puede posiblemente ayudar:

---

La cena se servirá a las 4:30-4:45 p.m. todos los días, favor de informarnos si su niño estará presente.

Sí mi hijo estará presente parta comer: \_\_\_\_\_

No mi hijo no estará presente para comer: \_\_\_\_\_

Gracias. Toda la información permanece confidencial

*Es su responsabilidad notificar inmediatamente a PCK de cualquier cambio a la información anterior.*