



FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR



Apellido del Menor _____, Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Sexo del menor Masculino Femenino

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del menor

--	--	--	--

 Sin SS

Número del ID de MDCPS

--	--	--	--	--	--	--	--

 Sin ID de MDCPS

Escuela a la que asiste el menor _____

¿Es competente en Inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en el hogar Español Haitiano-Creole Otro _____ Ninguno

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Origen étnico del menor Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Raza del menor Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro Multiracial

Grado escolar del menor

--	--

¿Tiene el menor seguro de salud (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No

(Si no lo tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211)

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor _____

Teléfono principal del padre, madre o guardián

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

(The Children's Trust podría comunicarse con usted para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios)

¿Es el Participante Miembro de una Familia Militar? Si No

Algún miembro de la familia del niño/a participante es: 1.) miembro activo de los servicios uniformados; 2) miembro de la Guardia Nacional o reserva; 3) miembro o veterano que fue herido severamente y dado de baja por razones medicas o retirado; o 4) miembro muerto en la línea de batalla.

Continuar en la Próxima Página ➔

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a)...

¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- Habla y se le entiende fácilmente
- Habla, pero es difícil entenderle
- Usa lenguaje de señas
- Usa dibujos o una pizarra para comunicarse
- Usa gestos como señalar, halar o parpadear
- Usa sonidos que no son palabras, como llanto o gruñidos

¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- Terapia de habla/lenguaje
- Terapia ocupacional (OT)
- Terapia física (PT)
- Medicación diaria (no incluye vitaminas)
- Servicios de educación especial en la escuela
- Terapia o servicios de conducta
- Consejería para problemas emocionales
- Ninguna

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- Discapacidad o impedimento físico
- Condición médica o enfermedad
- Discapacidad auditiva o sordera
- Discapacidad visual o ceguera
- Condición del habla o del lenguaje
- Desorden del espectro autista
- Retraso del desarrollo (solo si es menor de 5 años)
- Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar)
- Problemas de atención o hiperactividad (ADHD/ADD)
- Problemas de depresión o ansiedad
- Problemas de agresividad o de temperamento
- Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años)
- Ninguna de las anteriores

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional? No necesita ayuda específica

- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como una silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____

Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a)

*Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust,
Por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org*

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para este programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN _____ FECHA _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)

ORGANIZACIÓN: ArtSouth, A Not-For-Profit Corporation ESTABLECIMIENTO (SITE): _____

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen): Dep Syst Delin Syst

Nombre de 3 personas autorizadas para recoger al niño(a) del campamento y en caso de emergencia.

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

1. Mi hijo(a) tiene permiso para ir en paseos, organizados por ArtSouth, con los alumnos de su clase.
2. Entiendo que ArtSouth no es responsable por ningún objeto personal (ejemplo: ropa, juegos, iPods, celulares ó dinero).
3. Doy permiso a ArtSouth y todas personas en esta Institución de obtener, copiar y/o publicar fotografías o video de las imágenes de el alumno registrado en esta forma, en las imágenes puede estar él/ella sólo o como parte de la imagen. Entiendo que las fotos son con el propósito de arte, publicidad, cambio u otro propósito legal. Entiendo que no tendré la oportunidad de aprobar o revisar la copia final del producto en el cual la imagen/imágenes serán usadas para publicación.
4. Autorización para Tratamiento de Emergencia Medica/Cirugía: Entiendo que en circunstancias yo no pueda ser contactado, doy permiso al médico y hospital elegido por la administración de ArtSouth, para asegurar el tratamiento apropiado ya sea por inyección, anestesia ó cirugía en mi hijo/a. Así mismo doy autorización para hacer lo necesario para la transportación al hospital. Entiendo que ARTSOUTH no será responsable por accidentes ó daños a mis hijo(s) cuando atienden el campamento ó están en paseos organizados por ArtSouth.

Firma del Padre, Madre o Guardián

Fecha

ArtSouth

5825 SW 68th Street · Suite 2, Office 202

South Miami, FL 33143-3611

Phone: 305-247-9406

www.artsouthmiami.org

info@artsouthmiami.org

Registración \$ 25 _____ Efectivo _____ Cheque # _____ Tarjeta de crédito / débito

Pago por clases **antes del 19 de Mayo, 2017**: \$ 150. por cada 2 semanas (\$ 75. per week)

Pago por clases \$ 170. por cada 2 semanas (\$85. por semana), **después del 19 de Mayo, 2017**

Sesión 1 _____ **Junio 19-Junio 30.**

Sesión 2 _____ **Julio 3-Julio 14**

Sesión 3 _____ **Julio 17-28**

Sesión 4 _____ **Julio 31.- Agosto 11**

Cantidad pagada:

Recibo # : _____