



**YMCA of Greater Boston
Formulario de Inscripción
2021-2022**

SOLO PARA USO OFICIAL

Initial Start Date: _____
Branch: _____
Location: _____
Age at Admission: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Nombre		Apodo	
Fecha de nacimiento	Género	Edad	Grado
Dirección		Teléfono	

DESCRIPCIÓN DEL NIÑO/A

Color de Ojos		Color de pelo	Color de piel
Altura	Peso	Seña Notable	Lengua Primordial

¿Es Hispano o Latino? (Seleccione uno) Sí No No sé/No estoy seguro

¿Cuál o cuáles diría usted es su raza? (Marque todos los que corresponden) Blanco Afro Americano Asiático
 Nativo de Hawai/Islas del Pacífico Indígena de los EEUU/Nativo de Alaska Otro (especificar) _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES O GUARDIANES

Nombre de Padre, Madre o Guardian		Nombre de Padre, Madre o Guardian	
Relación con el Niño	Relación con el Niño	Relación con el Niño	Primary Language
Dirección		Dirección	
Ciudad	Código Postal	Ciudad	Código Postal
Teléfono del Hogar	Teléfono Móvil	Teléfono del Hogar	Teléfono Móvil
Correo Electrónico		Correo Electrónico	
Dirección de Empleo		Dirección de Empleo	
Ciudad	Código Postal	Ciudad	Código Postal
Ocupación		Ocupación	
Horas de Trabajo	Horas de Trabajo	Horas de Trabajo	Work Phone

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA INCLUYEN LAS PLATAFORMAS PARA APRENDIZAJE VIRTUAL

Escuela a la que asiste Conservatory Lab Upper Conservatory Lab Lower	Dirección de escuela 395 Columbia Rd. Dorchester, MA - Upper 133 Hancock St. Dorchester, MA - Lower
Numero de teléfono de escuela: 617-635-8187 – Upper, 617-208-6200 – Lower	Tiempo de despido escuela: 2:30pm
Contraseña de computadora	El laptop y audífonos de mi hijo está marcado con su nombre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Plataforma: Nombre de usuario: Contraseña:	Plataforma: Nombre de usuario: Contraseña:
Horario de Aprendizaje Virtual (días y horas):	
¿Tiene su hijo un plan de educación individual (Individual Education Plan) or plan de 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, favor de entregar una copia al programa	

FIRMA DE PADRE, MADRE O GUARDIÁN: _____

FECHA: _____



YMCA of Greater Boston
Formulario de Autorización de Emergencia y
Consentimiento

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO/A

<i>INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO</i>		<i>HISTORIAL MÉDICO</i> <i>Por favor, escriba "NINGUNO" si no hay ninguno</i>		
Nombre del Niño/a	Fecha de Nacimiento	Alergias/Preocupaciones de Salud	Reacciones	Tratamiento
Compañía de Seguro Médico	Número de Poliza			
Otra Cobertura (Incluya cobertura dental)		Discapacidades/Información de Dieta/Restricciones religiosas		Medicamentos Acutales: Sí No Hogar ___ ___ Escuela ___ ___ Programa ___ ___
Nombre del Médico		Problemas de Comportamiento		
Teléfono	Dirección			

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Autorizo al personal certificado de la YMCA del Area de Boston a proporcionar primeros auxilios a mi niño en caso de que lo necesite. En caso de emergencia, autorizo a dicho personal a que mi niño sea transportado por personal de emergencias al centro de emergencia más cercano y que reciba el tratamiento médico necesario incluyendo, pero no limitado a, hospitalización, inyecciones, anestesia y/o cirugía. En caso de que el personal no pueda ponerse en contacto conmigo, autorizo al médico que atienda a mi hijo para que administre el tratamiento necesario. Entiendo que el personal hará todo el esfuerzo necesario para comunicarse conmigo e informarme de tal emergencia inmediatamente.

Documentación referente a examen físico, vacunas y examen de plomo están archivados en la escuela. Sí ___ No ___

Entiendo que si mi hijo/a tiene medicamentos disponibles en el programa debo completar anualmente un formulario de consentimiento para la medicación y un Plan Individual de Salud firmado por mí y por el médico de mi hijo/a.

FIRMA DE PADRE, MADRE O GUARDIÁN: _____

FECHA: _____



YMCA of Greater Boston
Contactos de Emergencia y Autorización para Recoger

Contactos de Emergencia*

Por favor escriba su información y la de tres personas más que se pueden contactar en caso de no conseguir contactar con los padres durante una emergencia o en otro caso que en que sea necesario. Tenga en cuenta que estas personas anotadas como contactos para emergencia, automáticamente estarán autorizadas a recoger a su niño del programa.

Padre, Madre, o Guardián	Relación	Dirección	Número de teléfono durante el día	Número de teléfono por la tarde
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono durante el día	Número de teléfono por la tarde
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono durante el día	Número de teléfono por la tarde
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono durante el día	Número de teléfono por la tarde

AUTORIZACIÓN PARA RECOGER

Por favor nombre a tres personas que están autorizadas a recoger a su niño, pero que no deben ser llamados en caso de emergencia. (Ejemplo: entrenador, vecino, etc.)

Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono durante el día	Número de teléfono por la tarde
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono durante el día	Número de teléfono por la tarde

**Padres biológicos y guardianes legales puestos en esta solicitud automáticamente están autorizados a recoger al niño del programa a menos que tengamos notificación de la corte de ordenado situaciones especiales de custodia u órdenes de alejamiento. Una licencia de conducir u otra prueba de identificación se deben mostrar en la hora de recogida, si la persona no es conocida por los miembros del personal como una persona de recogida autorizado. Si desea cambiar, añadir o eliminar cualquier nombre de esta lista, debe hacerlo por escrito. En las líneas siguientes, anote alguna instrucción especial que usted tenga acerca de los mencionados individuos.*

Nombre del niño/a: _____

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____

FECHA: _____



YMCA of Greater Boston
Formulario de Autorización y Consentimiento

Nombre de niño/a: _____ Fecha: _____

PERMISO DE PROMOCIÓN

Por la presente autorizo el uso de fotografías, diapositivas, cinta de video y película de mi hijo mientras participa en actividades en la YMCA, ya sea con propósito comercial o artístico en cualquier medio publicitario, de comunicación, publicación o publicidad que promueva los programas y servicios de la YMCA, y/o reconocimiento de sus participantes. Entiendo que la YMCA es una organización sin ánimo de lucro.

Firma de Padre, Madre, o Guardián: _____

CONSENTIMIENTO AL PERSONAL DE APOYO

Los programas de la YMCA tienen personal de apoyo, por ejemplo consejeros de recursos, especialistas en apoyo familiar, y personal de servicios sociales. Además también hay estudiantes y voluntarios que trabajan en los programas. Yo doy permiso para que mi hijo pueda interactuar con este personal.

Firma de Padre, Madre, o Guardián: _____

ACTIVIDADES FUERA DEL CENTRO DE LA YMCA

Por la presente doy permiso para que mi hijo (marque todas las que correspondan):

- utilice los centros locales de la YMCA
- camine al vecindario y a parques dentro del radio de una milla desde el centro YMCA
- visite las siguientes localidades o actividades:
 - Cancha, patio, y juegos infantiles de YMCA

Entiendo que cualquier otra actividad y paseo a otro lugar requiere mi permiso por escrito.

Firma de Padre, Madre, o Guardián: _____

CONSENTIMIENTO PARA JUGAR EN LA PISCINA Y NADAR

Por la presente doy permiso a mi hijo para participar en actividades de jugar en la piscina o natación dentro de localidades donde haya socorristas, incluyendo la YMCA. Mi hijo también puede participar en juegos con rociador de agua mientras esté bajo la supervisión del personal de la YMCA.

Firma de Padre, Madre, o Guardián: _____



**YMCA of Greater Boston
Formulario Verificando Llegada y
Partida**

PROGRAMA DEL DÍA COMPLETO – LLEGADA	PROGRAMA DE DÍA COMPLETO – PARTIDA
Mi hijo/a llegará al programa de la YMCA: <input type="checkbox"/> Bus o Camioneta de YMCA (marque uno) <input type="checkbox"/> Caminando supervisado al programa <input type="checkbox"/> Caminando sin supervisión al programa <input type="checkbox"/> Transporte público - Describe: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Llevado por padre, madre, o persona autorizada <input type="checkbox"/> Otro medio – Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> No aplica	Mi hijo/a saldrá del programa de la YMCA: <input type="checkbox"/> Bus o Camioneta de YMCA (requiere aprobación previa) <input type="checkbox"/> Caminando supervisado a la casa <input type="checkbox"/> Caminando sin supervisión a la casa <input type="checkbox"/> Transporte público - Describe: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Recogido por padre, madre, o persona autorizada <input type="checkbox"/> Otro medio – Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> No aplica
Hora de Llegada: 8:00AM	Hora de Partida: 5:00PM

PROGRAMA ANTES DE CLASES – LLEGADA	PROGRAMA ANTES DE CLASES – PARTIDA
Mi hijo/a llegará al programa de la YMCA: <input type="checkbox"/> Llevado por padre, madre, o persona autorizada <input type="checkbox"/> Otro medio – Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> No aplica	Mi hijo/a saldrá del programa de la YMCA: <input type="checkbox"/> Caminando (marque uno) <input type="checkbox"/> Supervisado <input type="checkbox"/> Sin supervisión <input type="checkbox"/> No aplica
Hora de Llegada: N/A	Hora de Partida: N/A

PROGRAMA DESPUÉS DE CLASES – LLEGADA	PROGRAMA DESPUÉS DE CLASES – PARTIDA
Mi hijo/a llegará al programa de la YMCA: <input type="checkbox"/> Bus escolar (marque uno) <input type="checkbox"/> Caminando supervisado al programa <input type="checkbox"/> Caminando sin supervisión al programa <input type="checkbox"/> Bus o Camioneta de YMCA (marque uno) <input type="checkbox"/> Caminando supervisado al programa <input type="checkbox"/> Caminando sin supervisión al programa <input type="checkbox"/> Transporte público - Describe: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Caminando (marque uno) <input checked="" type="checkbox"/> Supervisado <input type="checkbox"/> Sin supervisión <input type="checkbox"/> Llevado por padre, madre, o persona autorizada <input type="checkbox"/> Otro medio – Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> No aplica	Mi hijo/a saldrá del programa de la YMCA: <input type="checkbox"/> Bus o Camioneta de YMCA (requiere aprobación previa) <input type="checkbox"/> Caminando supervisado a la casa <input type="checkbox"/> Caminando sin supervisión a la casa <input type="checkbox"/> Transporte público - Describe: _____ <input type="checkbox"/> Caminando (marque uno) <input type="checkbox"/> Supervisado <input type="checkbox"/> Sin supervisión <input checked="" type="checkbox"/> Recogido por padre, madre, o persona autorizada <input type="checkbox"/> Otro medio – Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> No aplica
Hora de Llegada: 2:30pm	Hora de Partida: 6:00pm

Se recuerda a los padres que deben contactar el programa en caso de ausencia o de llegar tarde.

Nombre de Niño/a: _____

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____ FECHA: _____



**YMCA of Greater Boston
Permisos**

Nombre de Niño/a: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Doy permiso a mi niño/niña para usar desinfectante para las manos. Entiendo que siempre se le pedirá que se lave las manos con jabón y agua antes de comer, después de usar el baño, y si estornuda en sus manos, y no será requerido que use el desinfectante para las manos en el programa.

Comprendo que al firmar absuelvo a la YMCA del Área de Boston de cualquier responsabilidad si ocurriera alguna reacción por alguno de los productos.

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____

Doy permiso para que el YMCA aplique a mi hijo/a protector solar, repelente de insectos, y otras cremas / ungüentos tópicos que he proporcionado de acuerdo con las instrucciones de aplicación. También entiendo que necesitaré proporcionar el producto en su envase original.

Si el protector solar o repelente de insectos que proporcione a la YMCA se acaba, doy permiso al programa para usar los productos adquiridos por el YMCA que cumplen con las guías del Departamento de Salud Pública. **Sí** ___ **No** ___

Instrucciones de Aplicación: _____

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____

Le doy a mi hijo (7 años o mayor) _____ permiso para caminar solo a un baño que no es público cuando sea necesario. (Por ejemplo: un baño ubicado en el área del programa escolar que no es utilizado por otros grupos o personas.)

Yo entiendo que es la política del YMCA acompañar a todos los niños al baño cuando existe la posibilidad de que una persona no conectada al programa de antes o después de la escuela pueda utilizar esa área. (Por ejemplo: un baño ubicado en el sótano de la escuela pública.)

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____

Reconocimiento de Riesgo y Renuncia:

Yo entiendo y reconozco que mi hijo puede participar en una variedad de actividades que pueden incluir natación, canotaje, juegos al aire libre, cursos de cuerda deportiva y otras actividades rigurosas y físicas. Por la presente libero y descargo y acepto identificar y eximir de responsabilidad a la YMCA de Greater Boston y sus oficiales, directores, miembros, agentes, empleados, voluntarios, y cualquier otra persona o entidad en su nombre contra todas las demandas de reclamos y cuasas de acciones de cualquier tipo, ya sean en la ley o la equidad, relacionadas con o que surja de cualquier recomendación, de tratamiento médico, de participación en cualquier actividad, recomendaciones, transportación o administración, o cualquier falta de los mismos. _____ (Iniciales de padre, madre, o guardián)

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____



**YMCA of Greater Boston
Release of Information**

Nombre de Niño/a: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Por lo presente autorizo al personal de Conservatory Lab (nombre de escuela) y los profesionales del personal de la YMCA del Área de Boston a divulgar y compartir información sobre mi hijo, incluyendo pero no limitado a la asistencia, calificaciones, IEPs, Planes 504, reportes de progreso y notas de comportamiento. Entiendo que el contenido de todos los registros tendrá carácter confidencial y será utilizado para mejorar el rendimiento académico de mi hijo y en general la experiencia de después de la escuela / verano. Ningún registro de la escuela puede ser entregado a cualquier otra persona u organismo sin mi permiso.

Además tendré la opción de invitar a los educadores de la YMCA del Área de Boston a asistir a conferencias en la escuela y reunirse con los maestros de escuela y/o miembros del personal para discutir el progreso de mi hijo si lo solicito.

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____

COVID-19 PERSONAL SAFETY STATEMENT

El abajo firmante, en mi capacidad de padre, madre, o tutor legal, por la presente reconoce los riesgos y peligros de salud asociados con la transmisión del virus COVID-19, y otras enfermedades contagiosas, y reconoce que exposición al virus COVID-19, u otras enfermedades contagiosas, podrá ocurrir mientras mi hijo/a está bajo el cuidado del YMCA. De por sí, y en consideración a los servicios de cuidado infantil que proveerá el YMCA of Greater Boston, el abajo firmante, individualmente y de parte de mi hijo/a, por la presente libera, dispensa, renuncia, y promete no demandar el YMCA, sus directores, oficiales, empleados (posteriormente referido como "parte exonerada de YMCA") de y contra cualquier reclamación, pérdida, costo, responsabilidad, obligación, acción o causa de acción surgiendo a partir de o relacionado de cualquier manera con la exposición o transmisión del virus COVID-19 o cualquiera otra enfermedad contagiosa.

Yo por la presente doy consentimiento que mi hijo/a participe in los protocolos de seguridad personal COVID-19 y reconozco los riesgos asociados con la provisión de estos servicios durante esta situación de salud público.

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____

Reconocimiento de Apéndice COVID del Manual de Padres del Programa Después de Clases

El abajo firmante entiende completamente ambos los peligros conocidos y los peligros potenciales de utilizar las facilidades, servicios, y programas de la YMCA y reconoce que el uso del mismo por el abajo firmante y/o los niños participantes puede, a pesar de los esfuerzos razonables de la YMCA para mitigar tales peligros, resultar en la exposición a COVID-19, que podrá resultar en requerimientos de cuarentena, enfermedad grave, discapacidad, y/o la muerte.

Yo entiendo que las políticas y protocolos pueden cambiar basado en los datos de salud pública, información del CDC, DPH, BOH, y/o EEC. Yo cumpliré con el apéndice al manual de padres de la YCMA del Área de Boston.

Nombre de Padre, Madre, o Guardián: _____

FIRMA DE PADRE, MADRE, O GUARDIÁN: _____ **FECHA:** _____



Commonwealth of Massachusetts

Department of Early Education and Care

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTO 606 CMR 7.11(2)(b)

Nombre de niño/a: _____

Nombre de medicamento: _____

Por favor marque uno: Prescripción: ___ Oral/Sin Prescripción: ___

Sin prescripción para síntomas leves no anticipados ___

Sin prescripción tópico (**aplicado a una herida abierta o piel lacerada**) ___

Mi hijo/a ya ha tomado este medicamento alguna vez ___

Mi hijo/a **no** ha tomado este medicamento nunca, pero este es un medicamento de emergencia y doy permiso para que el personal de este medicamento a mi hijo/a según su plan individual de salud ___

Dosis: _____

Fechas de dar el medicamento: _____

Hora de dar el medicamento: _____

Razón de tomar el medicamento: _____

Efectos secundarios posibles: _____

Instrucciones de almacenamiento: _____

Nombre y teléfono de profesional de la salud que receta el medicamento:

Firma de Profesional de la Salud _____ Fecha _____

Yo, _____, (padre, madre, o guardián) doy permiso de
(escribir nombre)

autorizar educadores de administrar medicamentos a mi hijo/a como se indica arriba.

Firma de padre, madre, o guardián _____ Fecha _____

Para medicamento tópico sin prescripción no aplicada a herida abierta o piel lacerado (solamente firma de padre, madre, o guardián)

FORMULARIO DE PLAN INDIVIDUAL DE SALUD

Hay que renovar el plan cada año o cuando cambia la condición del niño/a

Marque todos los que aplican....

Plan creado por:

- Padre o madre
- Doctor/a o Profesional de la Salud con Licencia
- Consultor/a de Salud del Programa
- Otro: Programa Extraescolar

Plan se mantiene por:

- Director/a
- Subdirector/a
- Educador/a del niño/a
- Otro: _____

Nombre de niño/a:	Fecha:
Algun cambio al plan de salud del niño/a? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SÍ (indique cambios abajo) NO (requiere firmas actualizadas de médico y padre o madre) </div>	
Nombre de condición crónica de salud:	
Descripción de condición crónica de salud:	
Síntomas:	
Tratamiento médico necesario en el programa:	
Efectos secundarios potenciales del tratamiento:	
Consecuencias potenciales si el tratamiento no se administra:	
Nombre de educadores que recibieron capacitación abordando la condición médica: Cualquier personal entrenado en los 5 principios de la administración de medicamento y por una persona indicado abajo	
Persona que entrenó el educador (profesional de la salud del niño/a, padre o madre del niño/a, consultor/a de salud del programa): Indique cuál aplica: 1:Nombre de instructor/a_____2. Instructor de primeros auxilios de la YMCA 3. Padre o madre	

Nombre de Profesional de la Salud con Licencia (por favor escribir): _____

Autorización de Profesional de la Salud con Licencia: _____ Fecha: _____

Consentimiento de Padre, Madre, o Guardián: _____ Fecha: _____