



**YMCA en el Área de Boston
Formulario de Inscripción**

Solo para uso oficial

Día de iniciación: _____
 Sucursal: _____
 Localidad: _____
 Edad inicial: _____

Información del Niño/Niña

Nombre		Sobrenombre	
Fecha de nacimiento	Género	Edad	Grado
Dirección		Teléfono	

Descripción del niño o niña (requisito del Departamento de Educación Infantil)

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

Eres Hispano o Latino? (Seleccioné uno) Si No No sé/ No estoy seguro

¿Cuál o cuáles diría usted es su raza? (circulé todos los que le apliquen) Blanco Afro Americano Asiático Nativo de Hawái / Islas del Pacífico indígena de los EE.UU. /Nativo de Alaska Otro (especificar) _____

Información del padre o Guardián

Nombre del Padre o Guardián		Nombre de la Madre o Guardián	
Relación al Niño	Lengua Primordial	Relación al Niño	Lengua Primordial
Dirección		Home Address	
Ciudad	Código Postal	Ciudad	Código Postal
Teléfono del Hogar	Móvil	Teléfono del Hogar	Móvil
Correo-electrónico		Correo-electrónico	
Dirección de Empleo		Dirección de Empleo	
Ciudad	Código Postal	Ciudad	Código Postal
Ocupación		Ocupación	
Horas de trabajo	Teléfono del trabajo	Horas de trabajo	Teléfono del trabajo

Información de la Escuela

Escuela donde Asiste Young Achievers	Dirección de la Escuela 20 Outlook Road, Mattapan
Teléfono de la Escuela 617-635-6804	Hora de Salida 4:00 pm
¿Tiene su hijo un plan de educación individual? (Individual Education Plan) o plan de 504? ___ Si ___ No	
En caso afirmativo, favor de entregar una copia del programa.	

Firma del Padre o Guardián: _____

Fecha: _____



**YMCA en el Área de Boston
Formulario de Autorización de Emergencia y
Consentimiento**

INFORMACIÓN MÉDICA

INFORMATCIÓN DE SEGURO		HISTORIAL MÉDICO														
Nombre	Fecha de Nacimiento	<i>Por favor, escriba "NINGUNO" si no hay ninguno.</i>														
		Alergias/ Preocupaciones de Salud	Reacciones	Tratamiento												
Compañía de Seguro Médico	Número de Póliza															
Otra Cobertura (Incluya cobertura dental)		Deseabilidad especial/ Información de Dieta/Restricciones religiosas		Medicamentos Actuales:												
Nombre del Médico				<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Hogar</td> <td>___</td> <td>___</td> </tr> <tr> <td>Escuela</td> <td>___</td> <td>___</td> </tr> <tr> <td>Programa</td> <td>___</td> <td>___</td> </tr> </table>		Si	No	Hogar	___	___	Escuela	___	___	Programa	___	___
	Si	No														
Hogar	___	___														
Escuela	___	___														
Programa	___	___														
Teléfono	Dirección	Asuntos de Comportamiento														

Documentación referente a examen físico, record de inmunización y examen de plomo están archivados en la escuela. **Si** ___ **No** ___
 Los niños que asisten a un programa de verano con licencia DPH deberán presentar una copia de los documentos mencionados arriba.

Consentimiento para Trato Médico

Yo autorizo al personal certificado de la YMCA a proveer primeros auxilios a mi niño en caso que lo necesite. En caso de emergencia, yo autorizo a dicho personal a que transporte a mi niño al centro de emergencia más cercano a donde se le aplique el tratamiento médico necesario incluyendo, hospitalización, inyecciones, anestesia y/o cirugía. En caso que el personal no pueda ponerse en contacto conmigo, yo autorizo al médico presente a que administre a mi hijo el tratamiento necesario. Yo estoy claro que el personal hará todo esfuerzo necesario para comunicarse inmediatamente conmigo e informarme de tal emergencia.

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 del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____



**YMCA en el Área de Boston
Contactos de Emergencia y Autorización
para Recoger**

Contacto de Emergencia*

Favor de inscribir su información de contacto y de tres personas en caso de no conseguir al padre durante una emergencia. Tenga en cuenta que estas mismas personas, solicitadas durante una emergencia, automáticamente estarán autorizadas a recoger a su niño del programa.

Padre/Guardián	Relación	Dirección	Teléfono durante el día #	Teléfono por la tarde #
Nombre	Relación	Dirección	Teléfono durante el día #	Teléfono por la tarde #
Nombre	Relación	Dirección	Teléfono durante el día #	Teléfono por la tarde #
Nombre	Relación	Dirección	Teléfono durante el día #	Teléfono por la tarde #

Autorización para Recoger

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

Nombre	Relación	Dirección	Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Móvil
Nombre	Relación	Dirección	Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Móvil

**Padres biológicos o guardianes legales puestos en esta solicitud automáticamente están autorizados a recoger al niño en el programa a menos que tengamos notificación de la corte que este no es el caso. Una licencia u otra prueba de identificación 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 usted 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/Niña: _____

Firma del Padre o Guardián: _____

Fecha: _____



**YMCA en el Área de Boston
Formulario de Autorización y
Consentimiento**

Nombre del Niño/Niña: _____ **Fecha:** _____

PERMISO de PROMOCION

Por la presente yo 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, comunicativo, publicación o publicidad el cual promueve los programas y servicios de la YMCA, o en reconocimiento de sus participantes. Yo comprendo que la YMCA es una organización no lucrativa.

Firma del Padre o Guardián: _____

CONSENTIMIENTO al PERSONAL de APOYO

Los programas en la YMCA reciben apoyo de personal tales como consejeros de recursos, especialistas en apoyo familiar, y personal de servicios sociales. También, estudiantes becarios o reclutas y voluntarios trabajan dentro de los programas. Yo doy permiso para que mi hijo pueda interactuar con dicho personal.

Firma del Padre o Guardián: _____

ACTIVIDADES FUERA de la YMCA

Por la presente doy permiso para que mi hijo (marque todas que apliquen)

- utilice todas las facilidades de la YMCA
 camine al vecindario local y a parques dentro de una milla desde el centro YMCA
 visite las siguientes localidades o actividades:

Smith Park Charles River Park Honan-Allston Library

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

Firma del Padre o Guardián: _____

CONSENTIMIENTO para VADIAR y NADAR

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

Firma del Padre o Guardián: _____

CONSENTIMIENTO para el PLAN DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD PERSONAL

Nuestros profesores están capacitados para utilizar la *Talking AboutTouching: Un Plan de Estudios de Seguridad Personal* en nuestros programas. Este programa enseña a los niños habilidades que ayudarán a mantener a salvo de situaciones peligrosas o abusivas. Los niños también aprenden a pedir ayuda cuando la necesitan. Si usted tiene preguntas o preocupaciones sobre el programa, por favor hable con su director de aula. Yo doy mi consentimiento a que mi hijo participe en el Plan de Estudios de Seguridad Personal.

Firma del Padre o Guardián: _____



**YMCA en el Área Boston
Formulario Verificando Llegada y Partida**

LLEGADA ANTES de CLASES / AM	PARTIDA ANTES de CLASES /AM
Mi hijo llegará al programa de la YMCA por: <input type="checkbox"/> Llevado por padre/pariente/guardián <input type="checkbox"/> Otro medio Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> N/A	Mi hijo saldrá del programa YMCA para asistir a la escuela por: <input type="checkbox"/> Caminando (marque uno) <input type="checkbox"/> Supervisado <input type="checkbox"/> Sin supervisión <input type="checkbox"/> N/A
Hora de Llegada:	Hora de Partida:

LLEGADA - DESPUES de CLASES	PARTIDA - DESPUES de CLASES
Mi hijo llegará al programa de la YMCA por:: <input type="checkbox"/> Guagua o Bus Escolar (marque uno) <input type="checkbox"/> Entrada supervisada al programa <input type="checkbox"/> Entrada sin supervisión <input type="checkbox"/> Guagua o Bus de la YMCA (marque uno) <input type="checkbox"/> Entrada supervisada al programa <input type="checkbox"/> Entrada sin supervisión <input type="checkbox"/> Transportación Pública Describe: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Caminando (marque uno) <input type="checkbox"/> Supervisado <input type="checkbox"/> Sin supervisión <input type="checkbox"/> Llevado por persona autorizada por el padre <input type="checkbox"/> Otro medio Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> N/A	Mi hijo saldrá del programa YMCA para asistir a la escuela por: <input type="checkbox"/> Guagua o Bus de la YMCA (marque uno) <input type="checkbox"/> Entrada supervisada al hogar <input type="checkbox"/> Entrada sin supervisión <input type="checkbox"/> Transportación Pública Describe: _____ <input type="checkbox"/> Caminando (marque uno) <input type="checkbox"/> Supervisado <input type="checkbox"/> Sin supervisión <input type="checkbox"/> Recogido por persona autorizada por el padre <input type="checkbox"/> Otro medio Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> N/A
Hora de Llegada: 2:30pm	Hora de Partida: 6:00pm

DIA COMPLETO - LLEGADA	DIA COMPLETO - PARTIDA
My child will arrive at the YMCA program by: <input type="checkbox"/> Guagua o Bus Escolar (marque uno) <input type="checkbox"/> Entrada supervisada al programa <input type="checkbox"/> Entrada sin supervisión <input type="checkbox"/> Public Transportation- Describe: _____ <input type="checkbox"/> Parent/Authorized Release Drop-Off <input type="checkbox"/> Other- Please Specify: _____ <input type="checkbox"/> N/A	My child will depart the YMCA program by: <input type="checkbox"/> Guagua o Bus de la YMCA (marque uno) <input type="checkbox"/> Entrada supervisada al hogar <input type="checkbox"/> Entrada sin supervisión <input type="checkbox"/> Public Transportation- Describe: _____ <input type="checkbox"/> Recogido por persona autorizada por el padre <input type="checkbox"/> Otro medio: Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> N/A
Hora de Llegada:	Hora de Partida:

Nombre del Niño/Niña: _____

Firma del Padre o Guardián: _____

Fecha: _____



**YMCA of Greater Boston
Permiso para usar el Desinfectante
Para las Manos y los Sigüientes
Tratamientos**

Nombre del Niño/Niña: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Le doy permiso a mi niño/niña para usar el desinfectante para las manos específico marcado a continuación. Entiendo que él/ella siempre estará requerido/a 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 esto, absuelvo a YMCA de Boston de cualquier responsabilidad, si alguna reacción llegue a ocurrir por algunos de los productos.

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Doy permiso para que el YMCA le aplique a mi hijo/a protector solar, repelente de insectos, y otras cremas / ungüentos tópicos que he proporcionado de acuerdo a 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 Y se acaba, doy permiso para que el programa para usar los productos adquiridos por el YMCA que cumplen con guías del Departamento de Salud Pública. **Si** _____ **No** _____

Instrucciones de Aplicación: _____

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Le doy a mi hijo (7 años o más) _____ permiso para caminar desatendido al 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 (antes o después de la escuela) pueda utilizar esa área. (Por ejemplo: un baño ubicado en el sótano de la escuela pública.)

Firma del Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____



YMCA of Greater Boston
Divulgación de Información

Por la presente autorizo al personal de Young Achievers y los profesionales del personal de la YMCA of Greater Boston para liberar y compartir información sobre mi hijo, incluyendo pero no limitado a la asistencia, calificaciones, IEPs, Planes 504, reportes de progreso y cuadros de comportamiento. Tengo entendido que el contenido de todos los registros tendrán carácter confidencial y será utilizada para mejorar el rendimiento académico de mi hijo y, en general después de la escuela / experiencia de verano. No hay registros de la escuela puede ser entregada a cualquier persona u organismo, sin el permiso completo.

Además, tendrá la opción de invitar a los Educadores del YMCA de Boston par 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 por mi solicitud.

Nombre del Niño/Niña: _____

Firma del Padre o Guardián: _____

Fecha: _____



**CONSENTIMIENTO PARA NIÑOS PARA SALIR
102 CMR 7.09(3)(b)**

Mi hijo tiene permiso para llegar tarde o salir de la YMCA programa después de clases por las siguientes razones y actividades:

- ◇ Para trabajar con o para recibir ayuda adicional/tutorial de los profesores personal según sea necesario de lunes a viernes.
- ◇ Para participar en los clubes de funcionamiento de la escuela y actividades con los maestros Gardner, el personal, voluntarios y socios comunitarios, como club de ajedrez, teatro, música, arte, etc. los días que se les ofrece.
- ◇ Estancia después de la escuela con los maestros o el personal en cualquier momento al día para “ayudar” con los proyectos y actividades especiales.
- ◇ Otras actividades/supervisor/localización (incluyendo fechas de inicio/final y los tiempos):

Todos los actos se llevarán a cabo en el edificio de la escuela o fuera de la escuela.

Entiendo que es responsabilidad de la escuela, los maestros o coordinadores específicos de la actividad, para firmar mi hijo y/o fuera del programa después de la escuela al participar en las actividades antes mencionadas.

Reconozco que el personal de YMCA no será la supervisión de mi hijo, mientras que él está participando en las actividades mencionadas.

Entiendo que la YMCA no es responsable de mi hijo cuando él está participando en las actividades mencionadas.

Nombre del Niño/Niña: _____

Firma del Padre o Guardián: _____

Fecha: _____

Commonwealth of Massachusetts
Department of Early Education and Care

MEDICATION CONSENT FORM 606 CMR 7.11(2)(b)

Name of child: _____

Name of medication: _____

Please one of the following: Prescription: _____ Oral/Non-Prescription: _____

Unanticipated Non-Prescription for mild symptoms _____

Topical Non-Prescription (**applied to open wound/ broken skin**) _____

My child has previously taken this medication _____

My child has **not** previously taken this medication, but this is an emergency medication and I give permission for staff to give this medication to my child in accordance with his/her individual health care plan _____

Dosage: _____

Date(s) medication to be given: _____

Times medication to be given: _____

Reasons for medication: _____

Possible side effects: _____

Directions for storage: _____

Name and phone number of the prescribing health care practitioner:

Child's Health Care Practitioner Signature _____ **Date** _____

I, _____, (parent or guardian) gives permission
(print name)

to authorize educator(s) to administer medication to my child as indicated above.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
For topical, non-prescription **NOT** applied to open wound / broken skin (**parent signature only**)

Individual Health Care Plan Form

Plan must be renewed annually or when child's condition changes

Check all that apply....

Plan was created by:

- Parent
- Doctor or Licensed Practitioner
- Program's Health Care Consultant
- Older school age child (9+ yrs. of age)
- Other: _____

Plan is maintained by:

- Director
- Assistant Director
- Child's Educator
- Other: _____

Name of child:	Date:
Any change to the child's Health Care Plan? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> YES (indicate changes below) NO (updated physician/parental signatures required) </div>	
Name of chronic health care condition:	
Description of chronic health care condition:	
Symptoms:	
Medical treatment necessary while at the program:	
Potential side effects of treatment:	
Potential consequences if treatment is not administered:	
Name of educators that received training addressing the medical condition: Any staff that is trained in the 5 Rights of Medication and by a person circled below.	
Person who trained the educator (child's Health Care Practitioner, child's parent, program's Health Care Consultant): Circle which one is applicable: 1:Name of trainer _____ 2. YMCA 1 st Aid/CPR trainer 3. Parent	

Name of Licensed Health Care Practitioner (please print): _____

Licensed Health Care Practitioner authorization: _____ Date: _____

Parental/Guardian consent: _____ Date: _____

For Older Children ONLY (9+ years of age)

With written parental consent and authorization of a licensed health care practitioner, this Individual Health Care Plan permits older school age children to carry their own inhaler and/or epinephrine auto-injector and use them as needed without the direct supervision of an educator.

The educator is aware of the contents and requirements of the child's Individual Health Care Plan specifying how the inhaler or epinephrine auto-injector will be kept secure from access by other children in the program. Whenever an Individual Health Care Plan provides for a child to carry his or her own medication, the licensee must maintain on-site a back-up supply of the medication for use as needed.

Age of child: _____ Date of birth: _____ Back-up medication received? YES NO

Parent signature: _____ Date: _____

Administrator's signature: _____ Date: _____