

¿Ha asistido su hijo/a al programa antes? Si es así, ¿a qué sitio asistió? Si no, ¿a qué sitio le gustaría que asistieran?

City of Hialeah Education & Community Services Department  
Creative Learning & Play Program



ADJUNTAR F  
OTOCORRI  
ENTE DEL  
NIÑO

Programa Después del Horario Escolar 2020-2021

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Babcock Park 651 E. 4 <sup>th</sup> Ave. | <input type="checkbox"/> Goodlet Adult 900 W. 44 <sup>th</sup> Pl.    | <input type="checkbox"/> Slade Park 2501 W. 74 <sup>th</sup> St.     |
| <input type="checkbox"/> Bright Park 750 E. 35 <sup>th</sup> St.  | <input type="checkbox"/> Hoffman Gardens 7650 W. 8 <sup>th</sup> Ave. | <input type="checkbox"/> Veterans Park 7900 W. 32 <sup>nd</sup> Ave. |
| <input type="checkbox"/> Cotson Park 574 W. 23 <sup>rd</sup> St.  | <input type="checkbox"/> O'Quinn Park 6051 W. 2 <sup>nd</sup> Ave.    | <input type="checkbox"/> Walker Park 800 W 29 <sup>th</sup> St.      |
|   |   | <input type="checkbox"/> Wilde Park 1701 W. 53 <sup>rd</sup> Ter.    |

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR

ECS STAFF: Registration date \_\_\_\_\_ TCT # \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género:  M /  F

Horas de operación: 2:00p.m. a 6:30p.m.

Días de la semana: lunes - viernes

Comidas típicamente servida bajo nuestro cuidado: Todo los locales: merienda de la tarde; Babcock, Cotson, Hoffman, Slade, Veterans, y Wilde: cena y merienda de la tarde

Origen:  Hispano  Haitiano  Otro, por favor explique \_\_\_\_\_

Raza del menor:  Nativo Americano / Nativo de Alaska  Asiático  Negro / Afroamericano  
 Originario de las islas del Pacífico  Blanco  Otro, por favor explique \_\_\_\_\_

¿El niño(a) es competente en inglés?  Sí  No

Otros idiomas que se hablan en el hogar:  Inglés  Español  Haitiano-Creole  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del menor \_\_\_\_\_ (Requerido)

ID de MDCPS \_\_\_\_\_  No MDCPS ID Explique la razón por que \_\_\_\_\_

Escuela del menor: \_\_\_\_\_ Grado (durante el año 2020-21): \_\_\_\_\_

ECS STAFF:  Verified Proof of Grade (Report card, Letter, other)

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

CUSTODIA (Cuidador principal)  Madre  Padre  Madre y Padre  Otro \_\_\_\_\_

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre?  Sí  No

Contacto Primario Padre/Madre o Guardián Legal Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: Sr. Sra. \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular/Empleador: \_\_\_\_\_

Contacto Secundario Padre/Madre o Guardián Legal Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: Sr. Sra. \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular/Empleador: \_\_\_\_\_

(Usted podría ser contactado por The Children's Trust con fines de mejorar la calidad de nuestros programas)

Número de niños que viven en el hogar (incluyendo niños participantes): \_\_\_\_\_

Es el participante un niño de una familia militar?  Sí  No

(Un miembro de la familia del niño puede ser: 1) un miembro en servicio activo de los servicios uniformados, 2) un miembro de la Guardia Nacional o la Reserva, y 3) un miembro o veterano que fue herido de gravedad y alta médica o jubilado, o 4) un miembro muerto en acto de servicio.)

Trabajo de campo migrante:  Yes  No

Sistema de Dependencia:  Yes  No

Sistema de Delincuencia:  Yes  No

**Personas para contactar en emergencias** (Si no es posible localizar a los padres o guardián, por favor escriba el nombre de de dos personas para comunicarnos con ellas en caso de una emergencia)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

**PERSONA (S) AUTORIZADA(S) PARA RETIRAR AL MENOR DESPUES DEL PROGRAMA**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

**SU HIJO NO PODRA SER RETIRADO POR NINGUNA PERSONA QUE NO ESTE EN ESTA LISTA.**

*Nota: En caso de una emergencia, por lo menos un padre, guardián, o persona indicada como contacto de emergencia, debe de estar disponible para llegar y responder al sitio del programa a no más tardar de 15 minutos. La persona indicada a responder a la emergencia debe de estar autorizada de tomar una decisión de emergencia médica departe del menor.*

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Le doy permiso al personal de este servicio a comunicarse con el siguiente personal médico de emergencia para obtener atención médica si se justifica.

Medico: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hospital Preferido: \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de las alergias, necesidades médicas especiales o dietéticas, u otras áreas de interés:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo (a) tiene seguro medico (seguro privado, KidCare, Medicaid)?  Si  No

*Si Ud. está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust o necesita ayuda para encontrar una cobertura económica, por favor llame al 211 o visite [www.thechildrenstrust.org](http://www.thechildrenstrust.org)*

¿Su hijo (a) tiene alguna **alergia** (ex., comida, medicina)?  Si  No Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo (a) tiene alguna **condición médica** o **discapacidad documentada**?  Si  No

Si la respuesta es sí, por favor explique y marque las casillas correspondientes \_\_\_\_\_

*Si la respuesta es sí, como la clasificaría usted? (marque las casillas correspondientes)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desordenes del espectro autista  | <input type="checkbox"/> Dificultad de aprendizaje       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica<br>(diabetes, asma severa, convulsiones, epilepsia) | <input type="checkbox"/> Deseabilidad física             |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo   | <input type="checkbox"/> Impedimento de lenguaje         |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional y/o del comportamiento<br>(ADHD / OCD / PTSD/ ODD)  | <input type="checkbox"/> Deseabilidad visual (o ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Deseabilidad auditiva (o sordera)                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Deseabilidades Intelectuales (o RM)                                    | <input type="checkbox"/> Otra documentación _____        |

**Nota: Si "asma" es seleccionada como una enfermedad crónica, favor de seleccionar :  Agudo o  Alergias Temporales**

Si la respuesta es sí marque las casillas correspondientes

- Plan de Educación Individualizada del sistema escolar (Individualized Education Plan- IEP)
- Plan Sección 504 (Section 504 Plan)
- Diagnóstico médico
- Diagnóstico de un profesional con licencia o certificado por el estado (ex., psicólogo/a)
- Información provista por el padre/madre o guardián legal describiendo la condición específica del menor y/o la necesidad de adaptaciones relacionadas a la discapacidad

Información práctica sobre el niño(a):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Habla y se le entiende fácilmente | <input type="checkbox"/> Usa dibujos o una pizarra para comunicarse              |
| <input type="checkbox"/> Habla, pero es difícil entenderle | <input type="checkbox"/> Usa gestos como señalar, halar o parpadear              |
| <input type="checkbox"/> Usa lenguaje de señas             | <input type="checkbox"/> 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)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje                | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT)                 | <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta               |
| <input type="checkbox"/> Terapia física (PT)                      | <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales         |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Ninguna                                       |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico  | <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (solo si es menor de 5 años)        |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad      | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar)     |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera    | <input type="checkbox"/> Problemas de atención o hiperactividad (ADHD)              |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera      | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad                          |
| <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento                 |
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista      | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) |
|   | <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

***Si está interesado(a) en otros servicios financiados por TheChildren's Trust,  
Por favor llame al 211 o visite [www.thechildrenstrust.org](http://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** \_\_\_\_\_

---

**FOR STAFF USE ONLY (MUST BE COMPLETED)**

Staff's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(PRINT)

**TRANSPORTACION**

- Yo autorizo** a la Ciudad de Hialeah a transportar al participante desde y hasta el programa/eventos/excursiones que esté patrocinado y aprobado por el Programa Después de la Jornada Escolar.
- Yo no autorizo** a la Ciudad de Hialeah a transportar al participante desde y hasta el programa/eventos/excursiones que esté patrocinado y aprobado por el Programa Después de la Jornada Escolar.

**DCF NUMEROS DE LICENCIA**

Slade # C11MD2032	Hoffman # C11MD2740	Walker # C11MD2739
Babcock # C11MD2033	Wilde # C11MD2034	Goodlet # C11MD2737

**REQUISITOS DE DCF**

- Sección65C-22.006 (2), FAC, requiere de unregistro de vacunación actual(Formulario680 o681)dentro de los 30días de la inscripción.
- Sección402.3125(5), FS, requiereque los padres recibanuna copiadel *folleto de cuidado infantil de del centro*
- Sección65C-20.010 (6) (c) 2., FAC, requiere que los padresson notificados por escritode las prácticadisciplinarias aplicadaspor elcentro de cuidado infantil

**SOLICITUD PARA QUE UN MENOR PARTICIPE EN LOS PROGRAMAS Y EVENTOS PATROCINADOS O APROBADOS POR LA CIUDAD DE HIALEAH Y CONVENIO DE RENUNCIA A RECLAMACIONES**

**PARTICIPACIÓN:** Por medio del presente documento doy permiso para que el participante nombrado en este formulario participe en el **programa después del horario escolar, Aprendizaje y Juego Creativo**, ofrecido por la Ciudad de Hialeah, desde el **8/31/20** hasta el **6/11/21**. El programa después del horario escolar incluye, entre otros, programas de alfabetización, acondicionamiento físico, artes culturales, desarrollo social, juegos en el interior y al aire libre, manualidades, excursiones y eventos especiales. Mi permiso entrará en vigor una vez yo firme esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones. He dado instrucciones al participante para que obedezca, en todo momento, todas las instrucciones, órdenes y directrices dadas por los representantes autorizados de la Ciudad de Hialeah o sus personas designadas. Autorizo además a la Ciudad de Hialeah para que filmen y/o fotografíen al participante en dicho programa o evento con fines de promoción del mismo.

**RENUNCIA A RECLAMACIONES:** Yo, el abajo firmante, a nombre propio y del participante, renuncio a demandar y descargo perdurablemente a la Ciudad de Hialeah, a sus Funcionarios, Agentes, Empleados, Consejeros, Voluntarios y a sus sucesores y personas designadas (todas las cuales constituyen las partes eximidas) de todo tipo de responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos que el participante pueda tener contra las partes eximidas como consecuencia de la participación en el programa o evento patrocinado o aprobado por la Ciudad de Hialeah, o de alguna manera en relación con dicha participación en el mismo, incluyendo el viaje hacia y desde dicho programa o evento, e incluyendo lesiones o daños a personas o propiedades, o que ocasionen el fallecimiento del participante, ya sea por **NEGLIGENCIA** de las partes exoneradas o por otro motivo.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO:** Doy permiso para que el médico o el personal médico designados por la Ciudad de Hialeah puedan llevar a cabo cualquier tratamiento médico menor que se considere necesario, o para que mi hijo sea llevado para ser atendido en la sala de emergencias del hospital más cercano, en caso necesario.

Yo, el abajo firmante, soy el padre o acudiente del menor de edad arriba mencionado. He leído y entiendo plenamente las estipulaciones de esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones y se las he explicado a dicho menor. Por el presente documento acepto que el menor y yo nos ceñiremos a lo aquí acordado. Entiendo que, a fin de brindar el tratamiento médico necesario a mi hijo, puede haber un intercambio o una divulgación de información confidencial o protegida de salud entre proveedores médicos y la Ciudad de Hialeah. Autorizo a la Ciudad de Hialeah a intercambiar o divulgar la información confidencial o protegida de salud de mi hijo con tales proveedores médicos, así como con The Children's Trust. Además, entiendo que la Ciudad de Hialeah protegerá la información confidencial o protegida de salud de mi hijo y cumplirá con las leyes federales y estatales vigentes al no revelar tal información a terceros que no necesiten conocerla.

Bajo san en caso de falso testimonio, declaro que he leído esta Solicitud/Convenio de Renuncia a Reclamaciones y que los hechos aquí declarados son ciertos.

**Toda informaciónofrecida en esta aplicación es correcta, además he recibido del departamento de ECS el folleto para padres y la pólizadisciplinaria del programa.Yo también autorizo el envío de ésta información a The Children's Trust para fines de seguimiento y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para el programa.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres / Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**TO BE COMPLETED BY ECS STAFF:**

Verified By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Proof of Address: \_\_\_\_\_  
*Documentation Provided*

Original to Site: \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_\_



El programa después del horario escolar *Aprendizaje y Juego Creativo (Creative Learning & Play)* a Ciudad de Hialeah está financiado en parte por El Fidecomiso de los Niños (The Children's Trust). El Fidecomiso de los Niños es una fuente de financiación, creada por los votantes enreferéndum para mejorar las vidas de los niños y las familias en Miami-Dade.





## AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, \_\_\_\_\_, el padre o guardián del niño/a \_\_\_\_\_ autorizo y doy por este medio consentimiento a los proveedores de servicios y al personal de El Fidecomiso de los Niños (The Children's Trust) del condado Miami-Dade como sigue:

Yo por la presente:

Otorgo permiso y autorizo      - o -       No otorgo permiso ni autorizo

al personal de El Fidecomiso de los Niños del condado Miami-Dade a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones de mí, de mis niños, o de mis estancias con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna remuneración para usted, sus niños o sus estancias.

Cualquiera y todas las grabaciones tomadas de usted serán sólo propiedad del Fideicomiso de Los Niños.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus niños o de sus estancias, renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra El Fidecomiso de Los Niños, su personal, los proveedores de servicios, empleados, agentes afiliados y miembros de La Junta Directiva.

3150 SW 3<sup>rd</sup> Avenue, 8<sup>th</sup> Floor • Miami, FL 33129  
(305) 571-5700 • Fax: (305) 571-5716  
[www.thechildrenstrust.org](http://www.thechildrenstrust.org)

**Departamento de Educación y Servicios Comunitarios de la Ciudad de Hialeah  
Programa de Aprendizaje y Juego Creativos**



**CÓDIGO DE CONDUCTA DE LOS NIÑOS**

**Entiendo y acepto que debo:**

- Tratar a los demás con respeto
- Tratarme a mí mismo con respeto
- Tratar el lugar y las instalaciones con respeto

**Comprendo que un comportamiento correcto es por ejemplo:**

- Participar
- Tener buenos modales
- Jugar
- Estudiar
- Reír
- Divertirme
- Ayudar a otra persona

**Comprendo que un comportamiento incorrecto es por ejemplo:**

- Actuar con violencia o amenazar
- Lloriquear
- Chismosear
- Actuar en forma cruel
- Ser egoísta
- Pelear
- Hacer bromas pesadas
- Arrojar objetos
- Tener rabietas
- Gritar a otros o insultarlos
- Emplear palabras groseras
- Robar
- Hacer daños en las instalaciones
- Irrespetar al personal

\_\_\_\_\_  
Firma del Niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha