



Formulario de información del menor de servicios en edad escolar para año escolar 2026-2027

Identificación: _____ **Fecha de inicio:** _____ **Escuela:** _____

Se debe completar la inscripción antes de rellenar este formulario. Visite ymcafunco.org para inscribirse.

Programa: ☐ Antes del horario escolar ☐ Después del horario escolar ☐ Antes y después del horario escolar
☐ Por horas/Día de escuela cerrada ☐ Verano

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR (Complete un formulario por cada hijo)

Nombre del menor: _____ Sexo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Grado en el otoño de 2026: _____
Centro de verano (si corresponde): _____
Color de ojos: _____ Color de pelo: _____ Talla: _____ Peso: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Miembro de un centro de YMCA: ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE LA MADRE/EL PADRE/TUTOR (Se deben completar todas las líneas. Indique si el tutor es otra persona que no sea la madre o el padre.)

Si los padres están divorciados, quién es el progenitor con la custodia: _____
Si existen circunstancias especiales que implican derechos de visitas y recogidas, se debe proporcionar al director del centro la documentación legal de estos arreglos.

Nombre de la madre/tutor: _____
Teléfono principal: _____ Teléfono del trabajo: _____
Empleador: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre/tutor: _____
Teléfono principal: _____ Teléfono del trabajo: _____
Empleador: _____ Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Este debe ser alguien DISTINTO a los tutores legales.)
En caso de emergencia, después de intentar el/los número(s) de teléfono anterior(es), el personal de YMCA Fun Company se comunicará con el/los nombre(s) de la/las siguiente(s) persona(s) responsable(s) que usted haya autorizado para actuar en nombre de los padres en caso de una emergencia.

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia: _____
Relación: _____ Teléfono celular: _____
Teléfono del trabajo: _____ Empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA

Aparte de las personas mencionadas anteriormente, quién más puede recoger a su hijo(a): (Tiene que ser mayor de 18 años).

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL MENOR

¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) fue al médico? (Indique mes, día, año): _____

Los registros de inmunización figuran en los archivos de (indique el nombre completo de la escuela): _____

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____

Dirección del médico: _____

Hospital preferido: _____

Proveedor de seguro médico: _____

Teléfono: _____

Identificación del seguro: _____

de grupo: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Su hijo(a) padece algún tipo de alergia o afección médica que deba tenerse en cuenta?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Usted o el pediatra de su hijo(a) tienen alguna instrucción especial en cuanto a tratamientos en el centro de cuidado infantil?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Su hijo(a) requiere asistencia individual o adicional? (Si su hijo(a) tiene un IEP, adjunte una copia para su revisión).

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, especifique: _____

INDIQUE SI PRESENTA LO SIGUIENTE: Esto no corresponde al caso de mi hijo(a) (iniciales de los padres): _____

☐ Padecimiento médico/diagnóstico: _____

☐ Enfermedad crónica: _____

☐ Antecedentes de lesiones graves/hospitalizaciones: _____

☐ Necesidades dietéticas especiales: _____

☐ _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES (Marque lo que corresponda)

☐ Alergia o reacción a medicamentos, DPT o insectos

☐ Hemofílico (hemorragia espontánea)

☐ Problemas de erupciones cutáneas

☐ Dolores de cabeza frecuentes

☐ Reacción (irregularidad o inflamación) a la prueba cutánea de la TB

☐ Traumatismos craneales

☐ Problemas con los ojos o la vista

☐ Alguna vez ha perdido el conocimiento

☐ Usa anteojos, lentes de contacto o anteojos protectores

☐ Desmayos

☐ Problemas del habla o la audición

☐ Alguna vez se ha desmayado mientras o después de ejercitarse

☐ Infecciones del tracto urinario (vejiga o riñón)

☐ Alguna vez se ha mareado mientras o después de ejercitarse

☐ Infecciones de oído frecuentes / tubos auditivos

☐ Epilepsia / convulsiones

☐ Diabetes

☐ Asma / problemas respiratorios

☐ Dolor abdominal (de estómago)

☐ Enfermedad pulmonar / dificultad para respirar

☐ Problemas de diarreas / estreñimiento

☐ Enfermedad cardíaca / soplo cardíaco

☐ Historial de orinarse en la cama

☐ Resfriados frecuentes / infecciones respiratorias superiores

☐ Trastorno alimentario

☐ Dolor de garganta frecuente

INDIQUE TODO MEDICAMENTO QUE TOME REGULARMENTE:

Esto no corresponde al caso de mi hijo(a) (iniciales de los padres): _____

Medicamentos: _____ Lo toma para: _____

Medicamentos: _____ Lo toma para: _____

Medicamentos: _____ Lo toma para: _____

INDIQUE CUALQUIER ALERGIA CONOCIDA:

Esto no corresponde al caso de mi hijo(a) (iniciales de los padres): _____

Alergias: _____

AUTORIZACIÓN DE LA MADRE/EL PADRE/TUTOR Y ACUSE DE

YMCA es una organización en la que no se discrimina a nadie y se acoge a todos los participantes, independientemente de su raza, sexo, origen o afecciones de necesidades especiales.

PONGA SUS INICIALES EN EL ESPACIO DESTINADO PARA ELLO

Como madre/padre o tutor del participante cuyo nombre aparece aquí arriba:

1. ☐ Por el presente doy autorización para que mi hijo(a) participe en todas las actividades de YMCA, incluidos excursiones y servicios de transporte en los casos que corresponda. Se me notificará con antelación por escrito de toda excursión.
2. ☐ Doy mi autorización para que se utilicen fotografías o vídeos que incluyen a mi hijo(a) en comunicados de prensa.
3. ☐ Entiendo que YMCA mantiene cobertura de seguros de conformidad con las directrices del DHS. Esta póliza es secundaria al seguro de los padres. Entiendo que en caso de que la póliza de seguros de YMCA deniegue una reclamación, la madre/el padre/tutor es responsable del pago en su totalidad de la atención médica prestada.
4. ☐ En caso de un accidente o enfermedad, autorizo a YMCA a obtener tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a). Entiendo que YMCA intentará comunicarse conmigo cuanto antes durante una emergencia de este tipo. Por el presente doy mi autorización al personal médico seleccionado por YMCA para ordenar radiografías, exámenes y tratamiento de rutina, y a divulgar todos los registros necesarios para fines de facturación de seguros; y proporcionar o planificar el transporte necesario para mi hijo(a). En caso de que no se puedan comunicar conmigo durante una emergencia, autorizo al médico seleccionado por YMCA a obtener y administrar tratamiento, incluida la hospitalización de mi hijo(a). Entiendo que los gastos relacionados con esta atención médica serán mi responsabilidad.
5. ☐ Entiendo que todos los niños inscritos en el programa deberán seguir las reglas establecidas por el personal y los niños, a fin de garantizar la seguridad y el buen funcionamiento del programa. En caso de producirse un problema disciplinario, el Director del centro o Director del programa se comunicarán conmigo. Los procedimientos disciplinarios que se utilizarán son: 1) advertencia verbal 2) reorientación 3) Notificación al Director del centro / reunión con el menor y su cuidador 4) notificación a los padres. Se puede imponer una suspensión del programa durante un período de uno a cinco días si se tienen los siguientes comportamientos inadecuados: 1) perjudicar a otro niño o a un integrante del personal 2) robar 3) dañar o destruir la propiedad 4) utilizar lenguaje obsceno 5) conducta totalmente perturbadora y/o incontrolable en un entorno de grupo.
6. ☐ Entiendo que se nos podría pedir a mí o a mi hijo(a) completar una encuesta sobre el programa/clases para fines de evaluación, y me comprometo a participar y hacer que mi hijo(a) participe en dicha encuesta. También doy mi consentimiento para la divulgación de la información académica de mi hijo(a) incluido sus calificaciones, conducta estudiantil, registros de asistencia y calificaciones en exámenes estandarizados para fines de evaluación.
7. ☐ Doy mi autorización a la junta/el distrito escolar de mi hijo(a) para que compartan con YMCA datos escolares de mi hijo(a). Doy autorización a YMCA para utilizar los datos escolares de mi hijo(a) para alinear sus programas de apoyo académico para satisfacer mejor las necesidades de mi hijo(a).
8. ☐ Entiendo que el período de prueba para todos los participantes es de dos semanas al comienzo de cada sesión del programa (YMCA Fun Company and Summer Adventure). Entiendo que este periodo de prueba se detalla en el manual para padres.
9. ☐ He completado una visita de pre-colocación en la escuela/centro del programa.
10. ☐ Reconozco y acepto los riesgos asociados con los virus y bacterias, en general, y en particular el COVID-19, reconozco las precauciones mejoradas tomadas por YMCA en su programación y protocolos de limpieza, y renuncio a todas y cada una de las reclamaciones relacionadas con o basadas en los daños causados por cualquiera de estos virus o bacterias.

Este formulario completa la inscripción de mi hijo(a) en el programa de YMCA antes mencionado. Entiendo que debo devolver este formulario al director del centro antes del primer día de asistencia de mi hijo(a). Entiendo que debo actualizar esta información según sea necesario. He recibido y leído el manual para padres de YMCA Fun Co. y las reglamentaciones del Departamento de Servicios Humanos para centros de cuidado infantil.

Firma de la madre/del padre: _____

Fecha: _____