



Formulario de Inscripción del Programa Juvenil

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Etnicidad Caucásico Afroamericano Hispano Asiático o isleño del Pacífico Otro

Acuerdo de Admisión Por favor ponga sus iniciales en cada línea

Table with 10 rows containing medical information, medication consent, custody, photo publication, medical treatment authorization, recreation patio use, COVID-19, inflatable house, transportation agreement, and program closure terms.

He leído el Acuerdo de Admisión y estoy totalmente de acuerdo con sus términos. También he leído y acepto las Políticas y Procedimientos enumerados en el manual para padres y establecido en este acuerdo.

Firma de padre/guardián legal \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

# Formulario de Registro de Información del Niño

Instrucciones: A menos que se especifique lo contrario, se debe proporcionar toda la información solicitada. Si desconoce la información o no aplica, debe responder "se desconoce" o "ninguno. No se aceptan campos en blanco, líneas sobre los campos o "N/C" como respuestas.

<b>Para uso del proveedor únicamente:</b>		Fecha de admisión	Fecha de alta	
Nombre del niño (apellido, primer nombre e iniciales del segundo)				Fecha de nacimiento del niño
Dirección de residencia (número de edificio/apartamento)			Ciudad	Estado
				Código postal
Nombre de padre/guardián legal		Teléfono ( )	Nombre de padre/guardián legal (opcional)	
			Teléfono ( )	
Dirección de residencia (si no es la dirección del niño)		FDN / /	Dirección de residencia (si no es la dirección del niño)	
			FDN / /	
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado
				Código postal
Dirección de correo electrónico			Dirección de correo electrónico	
Nombre del empleador		Teléfono del Trabajo ( )	Nombre del empleador	
			Teléfono del Trabajo ( )	
Nombre del médico o clínica médica del niño			Teléfono del médico o clínica médica ( )	
Hospital preferido para tratamientos de emergencia (opcional)				
Alergias y necesidades e instrucciones especiales (adjunte más hojas si es necesario).				

¿Requiere su hijo medicamentos mientras está bajo nuestro cuidado?  Sí\*  No

\*Si es así, se requiere un formulario por separado

**Contacto de emergencia y entrega del niño:** A todas las personas, incluyendo los padres/tutores legales, en el orden de preferencia, a quienes se debe contactar en caso de emergencia. Si es posible, incluya a menos una persona que no sea padre/tutor legal a quien deba contactarse en caso de emergencia o para entregar el niño en la ausencia del padre/tutor legal. La segunda columna para número del teléfono se puede dejar en blanco. (En caso de que existan más personas, adjunte más hojas.)

1.	( )	FDN / /
2.	( )	FDN / /
3.	( )	FDN / /

**Entrega del niño únicamente:** Todas las personas que no sean los padres/guardián legales, que pueden retirar al niño tras el alta. (En caso de que existan más personas, adjunte más hojas.)

1.	( )	2.	( )
3.	( )	4.	( )

**Iniciales del padre o tutor legal:**

\_\_\_\_\_ Doy mi permiso para \_\_\_\_\_ **YMCA of Greater Michiana** \_\_\_\_\_ para asegurar el tratamiento médico de emergencia para el niño menor de edad nombrado arriba mientras recibiendo cuidado.

**Certifico que la información relleno es correcta, y si algo cambia notificara el proveedor y relleno este formulario con la nueva información.**

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_\_