

Aplicación de Membresía



Nuevos miembros: El formulario de la membresía tardan entre 24 a 48 horas en procesarse. Usted recibirá una llamada telefónica/correo electrónico de confirmación para notificarle cuando su hijo puede comenzar a asistir. Para el bienestar de su hijo, la información proporcionada debe ser completa y precisa. Esta información es necesaria para cumplir con el Código Administrativo del Departamento de Niños y Familias de Wisconsin para centros de cuidado infantil grupales y registros de Boys & Girls Club.

Por favor seleccione el Boys & Girls Club al que asistira:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> 53rd Street School
3618 N. 53rd St. 53216 | <input type="radio"/> Escuela Vieau
823 S. 4th St. 53204 | <input type="radio"/> Mil. Academy of Science
2000 W. Kilbourn Ave. 53233 | <input type="radio"/> St. Roman
1810 W. Bolivar Ave. 53221 |
| <input type="radio"/> 81st Street School
2964 N 81st St. 53222 | <input type="radio"/> Gaenslen
1250 E. Burleigh St. 53212 | <input type="radio"/> Mitchell
1728 S. 23rd St. 53204 | <input type="radio"/> Townsend
3360 N. Sherman Blvd. 53216 |
| <input type="radio"/> Allen-Field
730 W. Lapham Blvd. 53204 | <input type="radio"/> Granville Lutheran
8242 N Granville Rd. 53224 | <input type="radio"/> North Division
1011 W. Center St. 53206 | <input type="radio"/> Washington High
2525 N Sherman Blvd. 53210 |
| <input type="radio"/> Audubon Tech
3300 S. 39th St. 53215 | <input type="radio"/> Greenfield
1711 S. 35th St. 53215 | <input type="radio"/> Northwest Catholic
7140 N. 41st St. 53209 | <input type="radio"/> Zablocki
1016 W. Oklahoma 53215 |
| <input type="radio"/> Barack Obama
5075 N. Sherman 53209 | <input type="radio"/> Hayes
971 W. Windlake Ave. 53204 | <input type="radio"/> Northwest Lutheran
4119 N 81st St. 53222 | |
| <input type="radio"/> Bay View High
2751 S. Lenox St. 53207 | <input type="radio"/> Howard Fuller
2212 N. Vel R Philips 53212 | <input type="radio"/> Notre Dame
1425 S. 26th St. 53204 | |
| <input type="radio"/> Bethune Academy
1535 N. 35th St. 53208 | <input type="radio"/> Kagel
1210 W. Mineral St. 53204 | <input type="radio"/> Pilgrim Lutheran
6717 W. Center St. 53210 | |
| <input type="radio"/> Bradley Tech
700 S. 4th St. 53204 | <input type="radio"/> Kluge
5760 N. 67th St. 53218 | <input type="radio"/> Prince of Peace
1646 S. 22nd St. 53204 | |
| <input type="radio"/> Carson Academy
4920 W. Capitol Dr. 53216 | <input type="radio"/> La Escuela Fratney
3255 N. Fratney St. 53212 | <input type="radio"/> Sherman
5110 W. Locust St. 53210 | |
| <input type="radio"/> Carver Academy
1900 N. 1st St. 53212 | <input type="radio"/> LaFollette
3239 N. 9th St. 53206 | <input type="radio"/> St. Anthony
1669 S. 5th St. 53204 | |
| <input type="radio"/> Cass Street
1647 N. Cass St. 53202 | <input type="radio"/> Lincoln
1817 W. Lincoln Ave. 53215 | <input type="radio"/> St. Augustine Prep
2531 S. 5th St. 53207 | |
| <input type="radio"/> Clarke Street
2816 W. Clarke St. 53210 | <input type="radio"/> Maple Tree
6644 N. 107th St. 53224 | <input type="radio"/> St. Rose
514 N. 31st St. 53208 | |
| <input type="radio"/> Engleburg
5100 N. 91st St. 53225 | <input type="radio"/> Marvin E. Pratt
5131 N. Green Bay 53209 | <input type="radio"/> St. Rafael
2251 S. 31st St. 53215 | |

BGC MKE Legacy Clubs

- | |
|---|
| <input type="radio"/> Daniels-Mardak
4834 N. Mother Daniels 53209 |
| <input type="radio"/> Don & Sallie Davis
1975 S. 24th St. 53204 |
| <input type="radio"/> Fitzsimonds
3400 W. North Ave. 53208 |
| <input type="radio"/> Mary Ryan
3000 N. Sherman Blvd. 53210 |
| <input type="radio"/> Pieper-Hillside
611 W. Cherry St. 53212 |

Cómo completar este paquete de solicitud

Paso 1

Todas las aplicaciones deberán checar la lista de abajo, antes de entregar su paquete de inscripción, sus formas deberán estar completas y firmadas.

Paso 2

Por favor incluya la copia más reciente de la cartilla de vacunación de su hijo(a) para completar el formulario de inscripción. Si usted no tiene acceso a los registros de vacunación de su hijo, por favor complete el Registro de Vacunación de Cuidado Infantil que se incluye con este paquete de inscripción

Paso 3

Entregue su aplicación completa en cualquier Club. Las aplicaciones digitales completas pueden enviarse por correo electrónico a membership@bgcmilwaukee.org

- Página 3-4 | Acuerdo de Pago del Participante**
- 5 | Formulario de Exención y Consentimiento**
- 6 | ¿Usted recibe cuidado infantil en Wisconsin?**
- 7-8 | Formulario de Inscripción para Jóvenes Participantes***
- 8-9 | Historial Médico y Plan de Atención de Emergencia***
- 10-11 | Registro de Vacunas del Estudiante***
- 12 | Acuerdo de Llegada/Salida Alternativo del Estado***

*Formularios proporcionados y requeridos por nuestros socios estatales y locales.

Mensajes de texto: Entiendo que al llenar este formulario doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee con respecto a los servicios para mi hijo/hijos.

Honorarios: Por favor vea la aplicación de inscripción para obtener información sobre la exención de los costos. La imposibilidad de pagar no es un obstáculo para la participación en el programa. Hay exenciones disponibles para todos los costos del programa. No se requiere documentación para la exención de costos.

Discapacidades: BGCGM se compromete a crear un entorno de aprendizaje y recreacional que satisfaga las necesidades de sus diversos miembros, incluidos aquellos con discapacidades. Si anticipa o experimenta alguna barrera para participar en nuestros programas, por favor siéntase bienvenido a discutir sus inquietudes con el Director del Club.

No discriminación: La información sobre los estudiantes con un Plan de Educación Individual (IEP) activo y planes 504 no se utilizará para negar su participación o acceso a los servicios del programa CLC.

Acuerdo de Pago del Participante

Opciones de Pago adaptadas a las necesidades familiares | El costo de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee para proporcionar una programación de alta calidad es de \$125 por semana por niño para los clubes de legado y \$185 por semana por niño para los clubes localizados en la escuela. Reconocemos que este gasto semanal para el cuidado de niños es difícil de pagar para muchas familias de Milwaukee, y por esta razón, los Clubes recaudan fondos para compensar sustancialmente este gasto para los miembros de nuestras familias. Es importante tener en cuenta que TODAS los gastos están exentos (asistencia gratuita) para las familias que obtengan una autorización para el cuidado de niños a través de Wisconsin Shares - Programa de Subsidio para el Cuidado de Niños (información a continuación). Oportunidades adicionales para becas completas que pueden ser proporcionadas.



Por favor marque la casilla para una beca completa.

Descuento para Varios Hijos | Sólo se pedirá a las familias que paguen por un máximo de dos niños a la vez. Los niños adicionales de un hogar se registrarán sin costo adicional.

No hay Descuentos por Asistencia Parcial | Los Clubes no hacen diferencias en función de cuántas horas a la semana asiste un niño, o cuántas semanas asiste. Todas las cuotas son fijas, por niño por semana en función de la inscripción.

Reducciones de pagos y Oportunidades de Becas | Las becas completas se pueden proporcionar a petición, por favor hable con el Director de su Club para más información. Todas las conversaciones con el personal del Club con respecto a los arreglos de pago individuales de la familia serán manejados en estricta confidencialidad.

Fechas anticipadas de cierre y Póliza de Pagos durante los cierres | Todas las horas programadas están sujetas a cobrarse y se basan en la frecuencia de pago (la frecuencia de pago puede ser por semana, cada dos semanas o mensualmente) No hay reembolsos por cierres anticipados o imprevistos, como inclemencias meteorológicas y otras emergencias. Todos los centros permanecerán cerrados para celebrar el 4 de Julio. Si el 4 de Julio cae en sábado, cerraremos el Viernes anterior, y si cae en Domingo, cerraremos el Lunes posterior. Los Clubes de Legado pueden tener programas de día extendido cuando MPS está cerrado, consulte al Director de su Club para más detalles. Consulte el Manual de Padres de BGCGM para saber los días festivos y las fechas en que su Club estará cerrado.

Póliza y Expectativas de Pago para las Ausencias de Niños (Previstas e Imprevistas) | Las ausencias previstas son las comunicadas con antelación por los padres, incluidas las vacaciones o las citas. Las ausencias imprevistas son las que no se comunican con antelación, incluidos los días de enfermedad o por no asistir. Con el fin de mantener los niveles adecuados de personal y la calidad del programa, se cobrarán los pagos de participación designados semanalmente independientemente de las ausencias esperadas o inesperadas. Los pagos de los programas después de clases varían; consulte la estructura de pagos de su programa para obtener más información.

Motivos y Procedimientos para dar de Baja/Expulsar a un niño(s) y Procedimientos de los Padres para dar de Baja/Terminar la Inscripción de un niño(s) | En referencia al Manual de los Derechos de los Padres/Estudiantes, Disciplina y Responsabilidades de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee, Boys & Girls Clubs se compromete a proporcionar un ambiente de aprendizaje seguro y eficaz para los estudiantes y miembros del personal. Boys & Girls Clubs se reserva el derecho de suspender o expulsar a los estudiantes que comprometan la seguridad del ambiente de aprendizaje. Para cancelar la inscripción, proporcione al Director del Club un aviso verbal o por escrito con dos semanas de anticipación. No se harán reembolsos. Los pagos no pueden ser transferidos entre niños o aplicados a otros servicios o lugares.

Acuerdo de Pagos de los Miembros | Una vez que usted y el Director del Club hayan establecido el pago semanal, pedimos a los padres/tutores que firmen un Acuerdo de Pagos del Miembro personalizado en el que se establezca cuanto se pagará y el calendario de pagos. Una vez completo, su hijo podrá empezar a asistir al Club.

Fechas de Pago | Los pagos semanales deberían ser pagados el Viernes siguiente a la programación (arreglos especiales serán considerados caso por caso. Por favor contacte al director de su Club para más información).

Forma de Pago | Los Clubes ofrecen dos formas para hacer los pagos privados en la mayoría de las localidades. Por favor contacte al Director del Club para determinar que forma de pago es el adecuado para usted. Estos incluyen: Cheques o giros postales (no efectivo por favor) estos deben ser pagados a: Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee. Consulte con el Director de su Club sobre el pago en línea a través de una tarjeta de débito o tarjeta de crédito. Vea el código QR de Wisconsin Shares para detalles de pago.

WI Shares | Por favor escanee el código QR para obtener apoyo de Wisconsin Shares y el número de proveedor.



Marque esta casilla si recuerda que recibe almuerzo gratis/precio reducido.



Nombre del Padre/Tutor (Nombre, Apellidos)

Nombre del Niño (Nombre y Apellidos)

Fecha de Nacimiento del Niño

Descuento del Pago

Este pago no incluye los cargos adicionales que puedan incurrir por conceptos tales como excursiones/eventos especiales, según lo acordado de antemano. Los Padres/Tutores son responsables de pagar la diferencia entre la cantidad del subsidio y el costo del cuidado.

Fecha de Inicio Acordada entre el Club y los Padres

Días y Horas de Operación (fecha de hoy)

Nombre del Director del Club (Por escrito)

Firma del Club Manager

Fecha

Nombre del Padre/Tutor (Por escrito)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

El proveedor debe conservar una copia de cada acuerdo de pago por escrito vigente en el lugar donde se presta el servicio de cuidado infantil. El proveedor debe conservar una copia del acuerdo de pago por escrito vencido durante 3 años después de que el acuerdo se haya rescindido y el niño ya no asista. El acuerdo vencido puede conservarse en un lugar donde pueda ponerse a disposición del Departamento de Niños y Familias en un plazo de 24 horas.

Formulario de Exención y Consentimiento

Nombre Legal
del Niño(a):

Antes de completar esta página, escanee el código QR o visite bgcmilwaukee.org/forms-waivers para revisar detenidamente los formularios completos y los documentos de exenciones.



Yo, el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, por la presente reconozco lo siguiente:

- Consentimiento y Renuncias** | He leído, entiendo y acepto los permisos, exenciones, liberaciones y comunicaciones descritas en el Formulario de consentimiento y exención de padres/tutores.
- Programación Virtual** | Doy permiso para que el miembro mencionado anteriormente participe en las experiencias y la programación del Club, tanto en línea como en persona, en Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee.
- Expectativas del Miembro** | Mi hijo ha leído, comprende y acepta el código de conducta descrito en el formulario de Expectativas de los miembros.
- Participant Payment Agreement** | I have read and agree to the Participant Payment Agreement.
- Lanzamiento alternativo** | Reconozco mi comprensión y acuerdo del Acuerdo de Llegada/liberación alternativo de padres/tutores de BGCGM.
- Tecnología** | He revisado y leído las reglas y regulaciones descritas en el Formulario de consentimiento y exención de tecnología para padres/tutores con mi hijo, incluido el uso responsable y las pautas de seguridad personal, la prohibición del uso inapropiado y la prohibición de actividades ilegales en línea.

Al firmar a continuación, acepto que he leído, entiendo y cumpliré estas normas, políticas y acuerdos. Reconozco que he revisado las normas aplicables con mi hijo

Escriba el Nombre del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Escriba el Nombre del Miembro

Firma del Miembro del Club

Fecha

¿Usted recibe W2 o cuidado infantil en Wisconsin?

Por favor llene toda la forma de abajo. Si tiene preguntas sobre las acciones de WI, comuníquese con Joe Stolzman al 414-763-090 o con Denisse Voelkner (español) al 414-763-1288. El no acompletar esta forma no afecta en la participación en el programa del CLC Siglo 21. Por favor, seleccione uno:

- Sí, tengo un caso abierto con WI Cuidado Infantil**
Mi número de aso es el siguiente _____.
Voy a llamar a MECA (1-888-947-6583) para actualizar mi autorización de Cuidado Infantil.
- Sí, recibo W2.**
Mi número de aso es el siguiente _____.
Voy a comunicarme con mi trabajador FEP para actualizar mi Autorización de Cuidado Infantil.
- No, actualmente no recibo WI Cuidado Infantil o W2.**
- Yo, decido no a completar esta forma**

Firma _____

Fecha _____

Número de teléfono _____

¿Soy elegible? Por favor, complete la siguiente información.

Lista de todos los adultos en el hogar

Nombre	Seguro de salud actual?	Actualmente trabajo?
_____	Sí	Sí
_____	Sí	Sí

Lista de todos los niños en el hogar

Nombre	Edad del Niño(a)	Seguro de salud actual?
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí

Información de ingresos mensuales

Ingreso total por mes en su casa en base a su trabajo(s) \$

O

Total de horas trabajadas por semana

Cantidad que usted gana por hora \$

¿Recibe usted algún ingreso adicional? Marque las que correspondan Manutención de Menores Seguro Social / SSI Pagos W2 Desempleo

Total de ingresos mensuales adicionales recibidos: \$

FOR OFFICE USE ONLY

Club Location

Eligible? Yes No Parent Needs to Update Auth

If eligible, date contacted _____ by _____



2025-2026 Formulario de registro de participacion de jovenes en CLC




Sitio: _____ Dejarlo(A) temprano Recogida tardia Ambos

A department of MPS

Apellido _____ Nombre _____ MI _____ Fecha de inicio del de nacimiento _____ Edad _____ Numero de ID del estudiante _____

Marque esta casilla si desea solicitar una exencion de honorarios.



Marque una opcion para cada uno.

Género: Masculino Femenino

DIRECCIÓN: _____

Codigo Postal: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del maestro o de la maestra: _____

Nombre del profesor o de la profesora de matematica: _____

Nombre del profesor o de la profesora de ingles: _____

Etnia:

Afroamericano / Negro

Asiático- americano/asiático

Caucásico/blanco

Hispano- americano/hispano-latino

Nativo Americano/Americano

Isla de Alaska

Nativo

Pacifico Islaño/hawaiano

Dos o más Razas

Otro: _____

Lengua de preferencia:

Inglés

Español

birmano

Karen

Rohingya

árabe

Hmong

somali

vietnamita

Laosiano

Otro: _____

Vive con: Ambos padres Padre (padre solo) Familia de acogida Abuelo(a)s Tutor(a) legal

conjunto custodia Madre (madre sola) Otro: _____

Transporte: Bus Ruta _____ Bus/van de CLC Recogerlo Caminata a casa Otro _____

Necesidades especiales (alergias, medicacion, dieta, etc.): _____

Página de información del hogar - Complete solo uno por familia

Apellido de madre, padre o tutor(a) legal	Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Relación

CONTACTOS ADICIONALES: Lista de contactos adicionales para el niño o los niños. Utilice las casillas para indicar si los individuos están autorizados a recoger al niño o a los niños y/o si serán contactos de emergencia. Si marca la casilla «Viven juntos(as)», indica que la persona en la lista vive en el mismo hogar que ustedes. Si no hay ningún adulto en la lista, y no marcó ninguna casilla, SOLO MADRE, PADRE O TUTOR(A) LEGAL PODRÁ recoger al estudiante o a los estudiantes.

Apellido	Nombre	Direccion	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Relación	¿Recoge al estudiante?	¿Contacto de emergencia?	¿Viven juntos(as)?

[] Marque la casilla si hay restricciones legales vigentes. Lista de personas que no tienen permitido ver a un estudiante en el sitio y/o personas que no tienen permitido recogerlos por restricciones legales.

Apellido	Nombre	Apellido	Nombre

Autorización de madre, padre o tutor(a) legal para el Community Learning Center (CLC) - Lea con atención -Debe estar firmado por madre, padre o tutor legal de participantes de hasta 17 años de edad

AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo que mi hijo(a) y yo participemos del Community Learning Center (CLC) ya mencionado. En caso de alguna lesión requiera atención médica, por la presente autorizo que el personal de CLC (incluido voluntarios) se ocupen de mi hijo(a) o de mi hijo(a) para buscar atención médica.

RENUNCIA: Reconozco o reconocemos que situaciones y problemas imprevistos pueden surgir durante las actividades de CLC que razonablemente no están bajo el control del personal de CLC (incluido voluntarios). Por lo tanto, aceptamos como de toda responsabilidad a la Junta de direcciones escolares de Milwaukee, sus agentes oficiales, empleados y voluntarios, de cualquier responsabilidad, demanda, acción judicial, juicio, costo, interés y gasto (incluido los honorarios y costos de abogados) que surjan a partir de dichas actividades, incluso un accidente o lesión que me afecte a mi hijo(a) o a mi hijo(a) y los costos de los servicios médicos.

DECLARACIÓN/PUBLICACIÓN DE IMÁGENES: Entiendo, como madre, padre o tutor legal del niño o de la niña mencionado(a), que, en ocasiones, los medios de noticias a nivel local y nacional y/o organizaciones sin fines de lucro se acercan a las Escuelas Públicas de Milwaukee (MPS) y solicitan firmar, sacar fotografías y/o entrevistar a los niños de CLC y MPS. Al firmar esta autorización, también permito que MPS utilice fotografías, dispositivos, imágenes digitales u otras reproducciones mías o de mi hijo(a) menor o materiales de mi propiedad o de mi hijo(a), y que publiquen las fotografías, dispositivos o imágenes finales sin compensación en emisiones, publicaciones, en la web u otros medios impresos o electrónicos relacionados con el papel y la función de CLC. Entiendo que al firmar, en nombre de mi hijo(a) y de mi hijo(a), libero a MPS y a sus direcciones, agentes, empleados y agentes de todas demandas, al igual que de cualquier responsabilidad que surja a partir del uso de fotografías u otras imágenes. Este formulario será válido durante el presente programa de CLC. También autorizo que el personal de CLC y MPS (sin embargo) compartan los registros de los participantes entre ellos para propósitos de apoyo educativo y de asistencia. Además, entiendo que es posible que CLC utilice los registros de los participantes para evaluar el progreso y la memoria individual y para evaluar el impacto general del programa para continuar obteniendo financiamiento para el programa.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE HE LEIDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO:

FIRMA DEL PARTICIPANTE O FIRMA DE TUTOR(A) SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS: Firma: _____ Fecha: _____

*Los programas 21st CCLC de MPS están financiados por fondos de subvención federales del Centro de aprendizaje comunitario del siglo XXI Nita M. Lowey (21st CCLC) a través de un acuerdo de subvención con el Departamento de Instrucción Pública. Las subvenciones del 21st CCLC están financiadas por la Ley de Educación Primaria y Secundaria federal, modificada por No Child Left Behind, Título IV, Parte B. Los programas del 21st CCLC pueden cobrar tarifas nominales. Sin embargo, las tarifas o la imposibilidad de pagarlas no pueden ser un obstáculo para la participación.

OFFICE USE ONLY

Site # _____

Site # _____

Case entered in computer _____

Case Staff initials _____

HISTORIAL DE SALUD Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

HEALTH HISTORY AND EMERGENCY CARE PLAN

Uso del formulario: Este formulario es voluntario y cumple con los requisitos en DCF 250.04(6)(a)1., DCF 251.04(6)(a)6. y DCF 252.41(4)(a)6. de los Wisconsin Administrative Codes. En caso de no cumplir con este requisito, podría emitirse una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: El padre/la madre/el tutor puede completar este formulario para colocarlo en el expediente del menor antes del primer día de asistencia del menor. La información contenida en el formulario se compartirá con cualquier persona que cuide al niño. El departamento recomienda que los padres/tutores y el personal del centro revisen y actualicen periódicamente la información provista en este formulario.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Primer Día de Asistencia (mm/dd/aaaa)
---	----------------------------------	---------------------------------------

Domicilio particular (calle, ciudad, estado, código postal)

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR Proporcione información sobre dónde se puede encontrar a el/los padre(s)/tutor(es) mientras el niño está bajo cuidado.

Nombre	Número de teléfono principal	Número de teléfono del lugar de trabajo	Número de teléfono secundario
Nombre	Número de teléfono principal	Número de teléfono del lugar de trabajo	Número de teléfono secundario

INFORMACIÓN DEL MÉDICO / CENTRO DE SALUD

Nombre del médico	Dirección del centro de salud	Número de teléfono
-------------------	-------------------------------	--------------------

AUTORIZACIÓN DE PANTALLA SOLAR/REPELENTE DE INSECTOS Si lo proporcionan los padres, el protector solar o el repelente de insectos se etiquetarán con el nombre del niño. De acuerdo con DCF 250.07(6)(h)6., las autorizaciones se revisarán periódicamente y se actualizarán según sea necesario. De acuerdo con DCF 251.07(6)(g)3., las autorizaciones se revisarán cada seis meses y se actualizarán según sea necesario.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo al centro a aplicar protector solar a mi hijo.	Marca	Fuerza del ingrediente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo al centro a permitir que mi hijo se aplique el protector solar.	Marca	Fuerza del ingrediente
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo al centro a aplicar repelente a mi hijo.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo al centro a permitir que mi hijo se aplique el repelente.		

HISTORIAL DE SALUD Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA Si está disponible, adjunte cualquier información del plan de atención médica del médico, terapeuta, etc. Del niño.

- Marque cualquier afección médica especial que pueda tener su hijo.

Ninguna afección médica específica

Asma Diabetes Problemas gastrointestinales o de alimentación, incluida una dieta especial y suplementos

Parálisis cerebral/trastorno motor Epilepsia/trastorno convulsivo Cualquier trastorno, incluyendo discapacidades cognitivas, discapacidades de aprendizaje, TDA, TDAH o autismo

Otras condiciones que requieren cuidados especiales: especifique.

Alergia a la leche. Si un niño es alérgico a la leche, adjunte una declaración del profesional médico que indique la alternativa aceptable.

Alergias alimentarias: especifique los alimentos.

Alergias no alimentarias: especifique.

2. Desencadenantes que pueden causar problemas: especifique.

3. Señales o síntomas a tener en cuenta: especifique.

4. Pasos que debe seguir el proveedor de cuidado infantil. Si se necesitan medicamentos recetados o sin receta, se debe adjuntar a este formulario una copia del formulario *Authorization to Administer Medication – Child Care Centers*. Nota: Los centros grupales de cuidado infantil y los campamentos de día pueden usar su propio formulario.

5. Identifique a cualquier personal de cuidado infantil a quien le haya brindado capacitación/instrucciones especializadas para ayudar a tratar los síntomas.

- a.
- b.
- c.

6. Cuándo llamar a los padres sobre los síntomas o la falta de respuesta al tratamiento.

7. Cuándo considerar que la afección requiere atención médica o reevaluación de emergencia.

8. Información adicional que puede ser útil para el proveedor de cuidado infantil.

FIRMA: Padre o tutor

Fecha de firma (mm/dd/aaaa)

Fechas de revisión: _____

Registro de Inmunizaciones para Guardería Child Care Immunization Record

Llene y devuelva a la guardería. La ley estatal requiere que todos los niños en guarderías presenten evidencia de inmunización contra ciertas enfermedades dentro de los **30 días escolares (6 semanas calendario) de ser admitidos al centro de cuidado infantil.** Estos requisitos sólo pueden eximirse si se presenta en la guardería una exención por motivos de salud, religiosos o de convicciones personales debidamente firmada. Consulte "Exenciones" más abajo. Si tiene alguna pregunta sobre las vacunas o sobre cómo llenar este formulario, comuníquese con la guardería de su hijo o con el departamento de salud local.

Datos personales

Escriba en letra de molde

Paso 1	Nombre del niño (apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Código de área y número de teléfono
	Nombre del padre/madre/tutor/guardián legal (apellido, nombre inicial del segundo nombre)	Dirección (calle, número de apartamento ciudad, estado, código postal)	

Historial de vacunas

Paso 2 Indique el **mes, día y año** en que le pusieron cada una de las siguientes vacunas al niño. Si no dispone del registro de vacunación de este niño, póngase en contacto con su médico o con el departamento de salud pública local para obtenerlo.

Tipo de vacuna	Primera dosis Mes/día/año	Segunda dosis Mes/día/año	Tercera dosis Mes/día/año	Cuarta dosis Mes/día/año	Quinta dosis Mes/día/año
Difteria, tétano, tos ferina (especifique DTP, DTaP, o DT)					
Polio					
El Hib (Haemophilus influenzae tipo B)					
Vacuna antineumocócica conjugada (PCV)					
Hepatitis B					
Sarampión-Paperas-Rubéola (MMR)					
Varicela					

Historia de la varicela

De acuerdo con el DHS 144.03(2)(g), doy fe de que este niño tiene un historial confiable de la enfermedad de la varicela y no es necesario que se le ponga la vacuna contra la varicela.

Signature – Physician/PA/APNP

Date Signed

Requisitos

Paso 3 Las siguientes son las vacunas mínimas **requeridas** para la edad o grado del niño al ingresar a la escuela. Todos los niños dentro de este rango deben cumplir con estos requisitos al ingresar a la guardería. Los niños que alcanzan una nueva edad o nivel de grado mientras asisten a esta guardería deben tener sus registros actualizados con las fechas de las dosis adicionales requeridas.

Niveles de edad	Número de dosis						
5 meses a 15 meses	2 DTP/DTaP/DT	2 Polio	2 Hib	2 PCV	2 Hep B		
16 meses a 23 meses	3 DTP/DTaP/DT	2 Polio	3 Hib ¹	3 PCV ²	2 Hep B	1 MMR ³	
2 a 4 años	4 DTP/DTaP/DT	3 Polio	3 Hib ¹	3 PCV ²	3 Hep B	1 MMR ³	1 Varicella
Al entrar al kínder	4 DTP/DTaP/DT ⁴	4 Polio			3 Hep B	2 MMR ³	2 Varicella

¹Si el niño comenzó la serie de vacunas contra el Hib a los 12-14 meses de edad, sólo se requieren dos dosis. Si al niño le pusieron una dosis de vacuna contra el Hib a los 15 meses o después, no se requieren dosis adicionales. Se le debe poner un mínimo de una dosis de la vacuna después de los 12 meses (Nota: también se acepta una dosis cuatro días o menos antes del primer cumpleaños).

²Si el niño comenzó la serie de vacunas contra la PCV entre los 12 a los 23 meses de edad, sólo se requieren dos dosis. Si al niño le pusieron la primera dosis contra la PCV a los 24 meses o después, no se requieren dosis adicionales.

³La vacuna contra la triple viral (MMR) se le debe haber puesto el día del primer cumpleaños o después (Nota: también se acepta una dosis cuatro días o menos antes del primer cumpleaños).

⁴A los niños que entran al kínder se le debe haber puesto una dosis después del cuarto cumpleaños (ya sea la tercera, cuarta o quinta dosis) para cumplir con los requisitos (Nota: también se acepta una dosis cuatro días o menos antes del primer cumpleaños).

Datos de cumplimiento y exenciones

Paso 4 Si el niño cumple todos los requisitos (firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la guardería) o

Si el niño no cumple todos los requisitos, (marque la casilla correspondiente a continuación, firme y devuelva este formulario a la guardería).

Aunque al niño no se le han puesto todas las dosis de vacunas requeridas para su grupo de edad, al menos se le han puesto la primera dosis de cada vacuna. Yo, entiendo que es mi responsabilidad ponerle las dosis restantes requeridas de vacunas para este niño **dentro de un año** y que debo notificar por escrito a la guardería a medida que se le ponga cada dosis.

Nota: Si no se cumple con el horario o no se informa sobre las vacunas a la guardería, los padres pueden ser demandado ante un tribunal y recibir una multa de \$25 por día de infracción.

Por razones de salud a este niño no se le pondrán las siguientes vacunas _____ (Anote en el **Paso 2** las vacunas que se le hayan puesto al niño)

_____ Se requiere la firma del médico

Por razones religiosas, este niño no debe ser vacunado. (Anote en el **Paso 2** las vacunas que se le hayan puesto al niño)

Por razones de convicción personal, este niño no debe ser vacunado. (Anote en el **Paso 2** las vacunas que se le hayan puesto al niño)

Firma

Paso 5 A mi leal saber y entender, este formulario está completo y es exacto.

Firma del padre/madre/tutor/guardián legal

Fecha de la firma

LLEGADA ALTERNATIVA / ACUERDO DE SALIDA – CENTROS DE CUIDADO DE NIÑOS

INSTRUCCIONES DE LLEGADA

Mi hijo _____
(Nombre del Niño)

llegará a _____
(Nombre del Centro)

de _____
(Escuela, casa u otra)

de esta manera _____
(Caminando, bicicleta, autobús, compartiendo auto, etc. Sea lo más específico posible.)

a las _____ A.M. P.M.
(Hora de llegada)

el Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado
(Días de la semana)

Mi hijo llegara desde este destino con sin supervisión del centro.

INSTRUCCIONES DE SALIDA

Mi hijo _____
(Nombre del Niño)

se ira de _____
(Nombre del Centro)

de esta manera _____
(Caminando, bicicleta, autobús, compartiendo auto, etc. Sea lo más específico posible.)

para ir a _____
(Escuela, casa u otra actividad)

a las _____ A.M. P.M.
(Hora de salida)

el Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado
(Días de la semana)

Mi hijo viajara a este destino con without centesin supervisión del centro. supervision.

INSTRUCCIONES ADICIONALES

Entiendo que soy responsable de notificar al centro sobre cualquier cambio en este horario, como vacaciones, dias de conferencias escolares, etc.

FIRMA – Padre

de Firma (mes/dia/año)