

CLUB

VERANO

2026


BOYS & GIRLS CLUBS
 OF GREATER MILWAUKEE

Aplicación de Membresía

Nuevos miembros: Los materiales 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 preferido para asistir:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 53rd Street School*
3618 N. 53rd St., 53216 | <input type="checkbox"/> Greenfield School*
1711 S. 35th St., 53215 | <input type="checkbox"/> North Division High School*
1011 W. Center St. 53206 |
| <input type="checkbox"/> 81st Street School*
2965 N. 81st St. 53222 | <input type="checkbox"/> Hayes Bilingual School*
971 W. Windlake Ave. 53204 | <input type="checkbox"/> Prince of Peace
1646 S. 22nd St. 53204 |
| <input type="checkbox"/> Allen-Field School*
730 W. Lapham Blvd. 53204 | <input type="checkbox"/> Kagel School*
1210 W. Mineral St. 53204 | <input type="checkbox"/> Sherman School*
5110 W. Locust St. 53210 |
| <input type="checkbox"/> Audubon Tech School*
3300 S. 39th St. 53214 | <input type="checkbox"/> Kluge School*
5760 N. 67th St. 53218 | <input type="checkbox"/> Townsend School*
3360 N. Sherman 53216 |
| <input type="checkbox"/> Bay View High School*
2751 S. Lenox St. 53207 | <input type="checkbox"/> La Escuela Fratney*
3255 N. Fratney St. 53212 | <input type="checkbox"/> Washington High School*
3618 N. 53rd St. 53216 |
| <input type="checkbox"/> Bethune Academy*
1535 N. 35th St. 53208 | <input type="checkbox"/> LaFollette School*
3239 N. 9th St. 53206 | <input type="checkbox"/> Zablocki School*
1016 W. Oklahoma 53215 |
| <input type="checkbox"/> Carson Academy*
4920 W. Capitol Dr. 53216 | <input type="checkbox"/> Lincoln Bilingual School*
1817 W. Lincoln Ave., 53215 | <input type="checkbox"/> Daniels-Mardak
4834 N. Mother Daniels, 53209 |
| <input type="checkbox"/> Carver Academy*
1900 N. 1st St., 53212 | <input type="checkbox"/> Maple Tree School*
6644 N. 107th St. 53224 | <input type="checkbox"/> Don & Sallie Davis
1975 S. 24th St. 53204 |
| <input type="checkbox"/> Engleburg School*
5100 N. 91st St. 53225 | <input type="checkbox"/> Marvin E. Pratt School*
5131 N. Green Bay 53209 | <input type="checkbox"/> Fitzsimonds / Metcalfe*
3400 W. North Ave. 53208 |
| <input type="checkbox"/> Escuela Vieau*
823 S 4th St, 53204 | <input type="checkbox"/> Mil. Academy of Science
2000 W. Kilbourn 53233 | <input type="checkbox"/> Mary Ryan
3000 N. Sherman 53210 |
| <input type="checkbox"/> Granville Lutheran
8242 N Granville Rd, 53224 | <input type="checkbox"/> Mitchell Bilingual School*
1728 S. 23rd St. 53204 | <input type="checkbox"/> Pieper-Hillside
611 W. Cherry St. 53212 |

BGC MKE Legacy Clubs

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**
- Página 5 | Formulario de Exención y Consentimiento**
- Página 6 | ¿Usted recibe cuidado infantil en Wisconsin?**
- Registro de Vacunas del Estudiante***
- Página 7-8 | Formulario de Inscripción para Jóvenes Participantes***
- Página 9-10 | Historial Médico y Plan de Atención de Emergencia***

*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.

¿Necesita ayuda? ¡Contáctenos!

Membership@BGcmilwaukee.org

414-267-8100

2



Acuerdo de Pago Firmado Por los Padres

Instrucciones: El proveedor debe quedarse con una copia de cada acuerdo de pago por escrito actualizado en el lugar donde se cuida al niño.

El proveedor debe quedarse con una copia de un acuerdo de pago por escrito finalizado por 3 años después de la finalización del acuerdo y del cese del cuidado del niño. El acuerdo finalizado se mantendrá en un lugar donde pueda estar disponible para el Department of Children and Families (Departamento de Niños y Familias) dentro de un plazo de 24 horas. La información personal que provea puede ser utilizada para propósitos secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Este acuerdo se celebra entre Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee

Nombre del Club	Número del proveedor/número de ubicación /
-----------------	---

Dirección del Club	Número de teléfono del Club
--------------------	-----------------------------

Nombre del padre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nombre del otro padre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Para el cuidado de

Por ejemplo:

Nombre del niño Jones, Sally, A.	Fecha de nacimiento 10/04/2015	Costo de Cuidado infantil \$150.00 por semana	Cronograma de pagos Semanal, antes del o el viernes
-------------------------------------	-----------------------------------	--	--

A. Nombre del niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
---	----------------------------------

<p>Costo de Cuidado infantil (Elija uno)</p> <p><input type="checkbox"/> \$ por mes</p> <p><input type="checkbox"/> \$ por semana</p> <p><input type="checkbox"/> \$ otro (especificar)</p>	<p>Cronograma de pagos (elija uno)</p> <p>por mes, antes del o el (Date of Month)</p> <p><input type="checkbox"/> por semana, antes del o el (Day of Week)</p> <p><input type="checkbox"/> otro (especificar)</p>
---	---

Fecha de entrada en vigencia acordada por el padre/la madre y el proveedor	Días y horarios de trabajo del proveedor (a la fecha)
--	---

Fechas Previstas de Cierre y Política de Pago durante los Cierres

Todos los horarios programados están sujetos a facturación y se basan en la periodicidad de pago (semanal, quincenal o mensual). No se realizarán reembolsos por cierres previstos ni por cierres imprevistos, como los causados por condiciones meteorológicas adversas u otras emergencias. Consulte el manual para padres de BGCGM para conocer los días festivos y las fechas en que su club permanecerá cerrado.

Notes:

Política y Condiciones de Pago en caso de Ausencias Previstas del Niño(a)

Las ausencias previstas son aquellas comunicadas con antelación por los padres, incluidas las vacaciones o las citas médicas. Las ausencias imprevistas son aquellas que no se comunican con antelación, como los días de baja por enfermedad o las ausencias sin aviso previo. Con el fin de mantener niveles adecuados de personal y la calidad del programa, se cobrarán las cuotas correspondientes a la participación semanal prevista, independientemente de que las ausencias sean previstas o imprevistas.

Motivos y Procedimientos para la Expulsión de un Niño(s) y Procedimientos que deben seguir los Padres para Dar de Baja a un Niño(s)

De conformidad con el Manual de derechos, responsabilidades y disciplina para padres y alumnos de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee, Boys & Girls Clubs se compromete a proporcionar un entorno de aprendizaje seguro y eficaz tanto para los alumnos como para el personal. Boys & Girls Clubs se reserva el derecho de suspender o expulsar a los alumnos que pongan en riesgo la seguridad del entorno de aprendizaje. Para cancelar la inscripción, avise al director del centro con dos semanas de antelación, ya sea verbalmente o por escrito. No se realizarán reembolsos. Los pagos no se pueden transferir entre niños ni aplicarse a otros servicios o centros.

Costos del Proveedor

Durante el verano, el coste de los centros escolares de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee (BGCGM) es de \$280 dólares por semana por niño. Somos conscientes de que este gasto semanal en cuidados resulta difícil de asumir para muchas familias de Milwaukee y, por ello, los clubes organizan campañas de recaudación de fondos para compensar en gran medida este gasto a nuestras familias inscritas. Es importante señalar que se exime del pago de TODAS las cuotas (asistencia gratuita) a las familias que obtengan una autorización de cuidado infantil a través del programa Wisconsin Shares –Child Care Subsidy Program (la información se incluye a continuación).

Se pueden ofrecer oportunidades adicionales de becas completas. Los Clubs no hacen distinciones en función del número de horas semanales a las que asista el niño o del número de semanas a las que asista. Todas las cuotas son tarifas fijas por niño y por semana, según la inscripción. Una vez establecida la tarifa semanal, los miembros pueden comenzar a asistir a los clubes. Hay becas disponibles; hable con el director de su club para obtener más información. Los clubes nunca rechazarán a un niño por no poder pagar.

Los clubes quieren garantizar vías claras y abiertas para que todos los niños puedan asistir, independientemente de su historial de pagos. Los clubes ofrecen múltiples métodos de pago de las cuotas en la mayoría de sus sedes. Consulte con el director de su club para determinar qué método es el adecuado para usted. Entre ellos se incluyen: cheques, giros postales o efectivo. Los cheques deben hacerse a nombre de: Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee.



Marque aquí si los miembros reciben almuerzo gratuito o a precio reducido.

CERTIFICACIÓN

Mediante la firma de este acuerdo, los proveedores y los padres acuerdan cumplir con el acuerdo y las políticas por escrito del proveedor. El proveedor puede modificar las políticas mediante entrega de una copia de las políticas nuevas o modificadas a los padres.

Nombre de contacto del proveedor

FIRMA de contacto del

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del padre/de la madre

FIRMA del padre/de la madre

Fecha (mm/dd/aaaa)

Formulario de Exención y Consentimiento

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 experiencias de club a distancia y en línea en el Club 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.
- 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.
- Acuerdo de Pago del Participante** | He leído y acepto el Acuerdo de pago del participante.

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.

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.

¿Usted recibe W2 or cuidado infantil en Wisconsin?

Por favor llene toda la forma de abajo. Por favor, seleccione uno:

Sí, tengo un caso abierto con WI Cuidado Infantil
 Mi número de caso es el siguiente _____.
 Voy a llamar a MECA (1-888-947-6583) para actualizar mi autorización de Cuidado Infantil.

No, actualmente no recibo WI Cuidado Infantil o W2.

Sí, recibo W2.
 Mi número de caso es el siguiente _____.
 Voy a comunicarme con mi trabajador FEP para actualizar mi Autorización de Cuidado Infantil.

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

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	<input type="checkbox"/> Manutención de Menores <input type="checkbox"/> Seguro Social / SSI <input type="checkbox"/> Pagos W2 <input type="checkbox"/> Desempleo
Total de ingresos mensuales adicionales recibidos:	\$ _____

Lista de todos los niños en el hogar		
Nombre	Edad del Niño(a)	Seguro de salud actual?
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí

FOR OFFICE USE ONLY	
Club Location	_____
Eligible?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parent Needs to Update Auth
If eligible, date contacted	_____ by _____

Formulario de registro de participación de jóvenes del verano 2026

Sitio (Escuela): _____



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

Marque una opción para cada uno. Género: Masculino Femenino Otro

DIRECCIÓN: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Grado: _____

Escuela _____

Elem: Nombre del maestro o de la maestra: _____

MS/HS: Nombre del profesor o de la profesora de matemática: _____

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

conjunto custodia Madre (madre sola) Otro:

Cómo llegará mi hijo al programa: Recogerlo Caminata a casa Bus/ivan Bus: Ruta _____

Otro _____

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

Etnia: Afroamericano / Negro Asiático-americano/asiático Hispanico-American Nativo Americano/Americano indio o de Alaska Pacífico Isleño/hawaiano Caucásico/blanco Dos o más Razas Otro: _____

Lengua de preferencia: Inglés laosiano Español Hmong Karen vietnamita Rohingya somali árabe birmano Other: _____

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	Correo electrónico	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 marca ninguna casilla, SOLO MADRE, PADRE O TUTOR(A) LEGAL PODRÁ recoger al estudiante o a los estudiantes.

Apellido	Nombre	Dirección	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

PERMISOS ADICIONALES: *Marque todas casillas*

- Doy mi aprobación para que se llame al contacto de emergencia en caso de que no puedan localizarme inmediatamente.
- Entiendo que el Programa no es responsable por artículos personales perdidos, robados o dañados.
- Entiendo que soy responsable de notificar al Programa sobre cualquier cambio en el horario de asistencia de mi hijo debido a vacaciones, cambios de vida o trabajo, los servicios del programa ya no son necesarios, etc.

PERMISO PARA EXCURSIONES DE CAMPO: Autorizo a mi hijo/a a participar en excursiones y otras actividades fuera de las instalaciones. Se adjuntará un permiso específico a cada excursión. Sí No

PERMISO PARA MOJARSE: *Marque una casilla*
 Mi hijo tiene permiso de mojar su ropa en los días calurosos. Mi hijo no tiene permiso para mojarse en los días calurosos.

Complete esta sección cuando su hijo llegue al Programa desde la escuela, el hogar u otras actividades, o salga del Programa para ir a la escuela, el hogar u otras actividades, y el niño no esté acompañado por un padre u otra persona previamente autorizada.

PERMISO DE LLEGADA ALTERNATIVO:

Mi hijo (el nombre aparece arriba) llegará al Programa a partir de _____ vía _____ a las _____ el _____
(escuela, casa o otro actividad) (caminar, andar en bicicleta, compartir coche, etc. Sea específico.) (Llegada tiempo) (Días del semana)

Mi hijo(a) viajara a este destino CON o SIN supervisión.

PERMISO DE LIBERACIÓN ALTERNATIVA:

Mi hijo (el nombre aparece arriba) abandonará el Programa por _____ ir a _____ en _____ en _____
(caminar, andar en bicicleta, compartir coche, etc. Sea específico.) (escuela, casa o otro actividad) Hora de salida (Días del semana)

Mi hijo(a) viajara a este destino CON o SIN supervisión.

Autorización de madre, padre o tutor(a) legal para el Programa - 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 Programa ya mencionado. En caso de alguna lesión requiera atención médica, por la presente autorizo que el personal del Programa (incluso voluntarios) se ocupen de mi hijo(a) o de mí, incluso para buscar atención médica.

RENUNCIA: Reconozco o reconocemos que situaciones y problemas imprevistos pueden surgir durante las actividades del Programa que razonablemente no están bajo el control del personal del Programa (incluso voluntarios). Por lo tanto, aceptamos eximir de toda responsabilidad a la Junta de directores asociados 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 mí mismo(a) o a mi hijo(a) y los costos de los servicios médicos.

DIVULGACIÓN/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 asocian a las Escuelas Públicas de Milwaukee (MPS) y solicitan filmar, sacar fotografías y/o entrevistar a los niños del Programa y MPS. Al firmar esta autorización, también permito que MPS utilice fotografías, diapositivas, imágenes digitales u otras reproducciones mías o de mi hijo(a) menor o material de mi propiedad o de mi hijo(a), y que publiquen las fotografías, diapositivas o imágenes finales sin compensación en emisiones, publicaciones, en la web u otros medios impresos o electrónicos relacionados con el papel y la función del Programa. Entiendo que al firmar, en nombre de mi hijo(a) y de mí mismo(a), libero a MPS y a sus directores, oficiales, empleados y agentes de futuras 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. También autorizo que el programa de Programa y MPS (en conjunto) comparen los registros de los participantes entre ellos para propósitos de apoyo educativo y de asistencia. Además, entiendo que es probable que Programa utilice los registros de los participantes para evaluar el progreso y la mejora individual y para evaluar el impacto general del programa para continuar obteniendo financiamiento para el programa.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE HE LEÍDO 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: _____

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.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo al centro a aplicar repelente 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 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: _____