

**FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR**

Apellido del Menor \_\_\_\_\_, Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Sexo del menor  Masculino  Femenino

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del menor      Sin SS

Número del ID de MDCPS          Sin ID de MDCPS

Escuela a la que asiste el menor \_\_\_\_\_

¿Es el niño/a competente en inglés?  Sí  No

Otros idiomas que se hablan en su hogar  Español  Haitiano-Creole  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Origen étnico del menor  Hispano  Haitiano  Otro, por favor explique \_\_\_\_\_

Raza del menor  Indio americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  
 Originario de las Islas del Pacífico  Blanco  Otro  Multiracial

Grado escolar del menor

¿Tiene el menor seguro de salud (ej., seguro privado, KidCare, Medicaid)?  Sí  No  
 (Si no tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211 o visite [www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance](http://www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance))

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor \_\_\_\_\_

Teléfono principal del padre, madre o guardián

¿Es este un celular/teléfono móvil?  Sí  No

*(The Children's Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children's Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.)*

¿El participante es hijo de una familia militar?  Sí  No

**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)**

- Habla y se le entiende fácilmente
- Habla, pero es difícil entenderle
- Usa dibujos o una pizarra para comunicarse
- Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño/entrecejo o parpadear
- Usa lenguaje de señas

Usa sonidos que no son palabras, como risa, llanto o gruñidos

**¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)**

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

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista                              | <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico             |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años)             | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento    |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de atención e hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera                            | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad             |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar)     | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje            |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad                              | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera                 |
|   | <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 silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro \_\_\_\_\_

**Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a)**

---

*Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust, Por favor llame al 211 o visite [www.thechildrenstrust.org](http://www.thechildrenstrust.org). Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite [www.advocacynetwork.org](http://www.advocacynetwork.org) o [www.thechildrenstrust.org/cwd](http://www.thechildrenstrust.org/cwd)*

**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 \_\_\_\_\_**

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)**

ORGANIZACIÓN: ArtSouth, A Not for Profit Corporation ESTABLECIMIENTO (SITE): \_\_\_\_\_

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen):  Dep Syst  Delin Syst

**Nombre de 3 personas autorizadas para recoger al niño(a) del campamento y en caso de emergencia.**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

1. Mi hijo(a) tiene permiso para ir en paseos, organizados por ArtSouth, con los alumnos de su clase.
2. Entiendo que ArtSouth no es responsable por ningún objeto personal (ejemplo: ropa, juegos, iPods, celulares ó dinero).
3. Doy permiso a ArtSouth y todas personas en esta Institución de obtener, copiar y/o publicar fotografías o video de las imágenes de el alumno registrado en esta forma, en las imágenes puede estar él/ella sólo o como parte de la imagen. Entiendo que las fotos son con el propósito de arte, publicidad, cambio u otro propósito legal. Entiendo que no tendré la oportunidad de aprobar o revisar la copia final del producto en el cual la imagen/imágenes serán usadas para publicación.
4. Autorización para Tratamiento de Emergencia Medica/Cirugía: Entiendo que en circunstancias yo no pueda ser contactado, doy permiso al médico y hospital elegido por la administración de ArtSouth, para asegurar el tratamiento apropiado ya sea por inyección, anestesia ó cirugía en mi hijo/a. Así mismo doy autorización para hacer lo necesario para la transportación al hospital. Entiendo que ARTSOUTH no será responsable por accidentes ó daños a mis hijo(s) cuando atienden el campamento ó están en paseos organizados por ArtSouth.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre, Madre o Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**ArtSouth**

5825 SW 68th Street · Suite 2, Office 202

South Miami, FL 33143-3611

Phone: 305-247-9406

[www.artsouthmiami.org](http://www.artsouthmiami.org)

[info@artsouthmiami.org](mailto:info@artsouthmiami.org)

Registración \$30 \_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_ Tarjeta de

crédito / débito Pago por clases **antes del 30 de Abril, 2019:** \$150. por cada 2 semanas (\$ 75. Por semana)

Pago por clases \$170. por cada 2 semanas (\$85. por semana), **después del 30 de Abril, 2019**

**POR FAVOR, COMPRUEBE A QUÉ SESIONES SU HIJO ASISTE A CONTINUACIÓN:**

Sesión 1/Semana 1 \_\_\_\_\_ Junio17-21

Sesión 2/Semana 1 \_\_\_\_\_ Julio 15-19

Sesión 1/Semana 2 \_\_\_\_\_ Junio24-28

Sesión 2/Semana 2 \_\_\_\_\_ Julio 22-26

Sesión 1/Semana 3 \_\_\_\_\_ Julio 1-5

Sesión 2/Semana 3 \_\_\_\_\_ Julio 29 - Agosto 2

Sesión 1/Semana 4 \_\_\_\_\_ Julio 8-12

Sesión 2/Semana 4 \_\_\_\_\_ Agosto 5-9

**Cantidad pagada:** \_\_\_\_\_

**Recibo #:** \_\_\_\_\_