| **formulario de inscripción** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información del niño** | | | | | | |
| Nombre del niño (último, primero, MI) | | | | | | |
| Apodo: | | | | Edad: | | Género: |
| Idioma primario del niño: | | Idioma principal del padre/tutor: | | | | |
| Domicilio: | | Ciudad: | | | Estado: | |
| Código postal: | Teléfono Hm.: | Correo electrónico: | | | | |
| Carrera: | | origen étnico: | | | | |
| Estado civil del padre/tutor: ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado  () Viuda | | Residencia Primaria: ( ) Madre ( ) Padre ( ) Ambos ( ) Guardián | | | | |
| Haz una lista de los miembros de la familia con los que vive tu hijo, incluye nombres y edades de los hermanos: | | | | | | |
| Días circulares para asistir: **AM** Mon Tues Wed Thu Fri Hora de llegada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Llegada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PM** Mon Tues Wed Thu Fri Hora de llegada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de salida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comidas mientras está en cuidado: Desayuno \_\_\_\_\_\_\_\_\_ AM bocadillo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR** | | | | | | |
| ¿Su hijo asiste a la escuela? ( ) Sí ( ) No | | ¿El niño asistirá al programa extraescolar MFCYSC:  ( ) Sí ( ) No | | | Grado: | |
| Nombre de la escuela: | | Hora de inicio: | | Hora de finalización: | | |
| Teléfono de la escuela: | | Ciudad/Estado: | | | | |
| Días circulares para asistir: **AM** Mon Tues Wed Thu Fri Hora de llegada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Llegada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **PM** Mon Tues Wed Thu Fri Hora de llegada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de salida:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comidas mientras está en cuidado: Desayuno \_\_\_\_\_\_\_\_\_ AM bocadillo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **contacto principal y liberar a las personas** | | | | | | |
| #1 del Padre/Tutor: | | Relación con el niño: | | | | |
| Teléfono principal: | | Teléfono secundario: | | | Otro teléfono: | |
| Dirección: | | Ciudad/Estado: | | | Código postal: | |
| Correo electrónico: | | | | | | |
| Lugar de empleo: | | | Teléfono de trabajo: | | | |
| #2 de Padres/Tutores: | | Relación con el niño: | | | | |
| Teléfono principal: | | Teléfono secundario: | | | Otro teléfono: | |
| Dirección: | | Ciudad/Estado: | | | Código postal: | |
| Correo electrónico: | | | | | | |
| Lugar de empleo: | | | | Teléfono de trabajo: | | |
| #3 del Padre/Tutor: | | | | Relación con el niño: | | |
| Teléfono principal: | | | | Teléfono secundario: | | |
| Dirección: | | | | Ciudad/Estado: | | |
| Correo electrónico: | | | |  | | |
| Lugar de empleo: | | | | Teléfono de trabajo: | | |
| **Firmas** | | | | | | |
| **Autorizo que la información proporcionada sea exacta a mi leal saber y entender.** | | | | | | |
| Firma del Padre o Tutor: | | | | | Fecha: | |

**Información de registro de inscripción**

\_\_\_\_\_\_**RETIRO DEL PROGRAMA:** Entiendo que debo proporcionar un aviso por escrito de dos (2) semanas de retiro del programa. Si no se proporciona esta notificación, acepto pagar toda la matrícula y las cuotas durante dos (2) semanas, independientemente de que mi hijo asista o no. Entiendo que cuando mi hijo sea retirado, él o ella solo será elegible para la readmisión en función de la disponibilidad de espacio y todos los demás criterios de inscripción. Si mi hijo es seleccionado para la reinscripción, se me pedirá que complete un nuevo Acuerdo de Inscripción a la tarifa actual y pague una nueva tarifa de registro no reembolsable a la tarifa actual. Si hay un saldo pendiente (incluyendo matrícula o cuotas) cuando mi hijo fue retirado, se me pedirá que ponga mi cuenta al día antes de completar una solicitud de reinscripción. Entiendo que todas las tarifas (tuición, registro o actividad) no son reembolsables.

**Sección II: Vacaciones, ausencias y cierres DE ABSENCIAS Y CIERRES**

\_\_\_\_\_\_ **Vacaciones:** Entiendo que la escuela está cerrada en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día de la Memoria, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, Día de Navidad, así como el Día de Martin Luther King, Jr. o el Día de los Presidentes para el servicio Entrenamiento. Estoy de acuerdo en que no recibiré un reembolso, crédito u otra asignación por vacaciones. Si un día festivo cae en un fin de semana, se observará el viernes anterior o el lunes siguiente.

\_\_\_\_\_\_ **ABSENCIAS/VACATIONS:** Acepto informar a la escuela inmediatamente si mi hijo estará ausente en cualquier día. Entiendo que no se realizarán asignaciones, créditos, reembolsos o días de maquillaje para ausencias ocasionales (es decir, enfermedad). Una tarifa de reserva del 50% de descuento en mi semana regular de matrícula será debido por cada ausencia de una semana escolar completa (de lunes a viernes) con previo aviso al director, si es posible. Acepto pagar la tarifa de reserva de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por semana para garantizar el espacio de mi hijo cuando mi hijo no está presente durante toda una semana escolar (de lunes a viernes). Mi matrícula regularmente contratada es por todas las semanas cuando mi hijo asiste a cualquier parte de la semana. No se otorga crédito por días sencillos. También entiendo que si retiro a mi hijo durante unas vacaciones, se me pedirá que pague una nueva cuota de inscripción no reembolsable a la devolución.

\_\_\_\_\_\_ **CIERRE DE EMERGENCIA E INCLEMENT INFORMACION DEL TIEMPO:** Entiendo que es la intención de la empresa estar abierta y proporcionar servicio de cuidado infantil todos los días de la semana del año, excluyendo los días festivos, pero que las inclemencias del tiempo, natural / nacional desastre, o el problema importante del edificio puede interrumpir el servicio de vez en cuando. Me comunicaré con la escuela para asegurarme de que esté abierta durante las inclemencias del tiempo o un desastre natural/nacional. Estoy de acuerdo en que en el caso de que la escuela esté cerrada por un período prolongado de tiempo, seguiré siendo responsable de mis pagos de matrícula por hasta tres (3) días hábiles.

**Sección III: Licencias Estatales y Nuestras Políticas**

**ECTION 4: LICENCIA DEL ESTADO Y NUESTRAS LICENCIAS**

**\_\_\_\_\_\_TODAS LAS LICENCIAS Y REGLAMENTOS DEL ESTADO:** Entiendo que las políticas anteriores no son una lista de políticas todo incluido, y que mi hijo, mis familiares, agentes autorizados y yo estamos obligados por las regulaciones estatales de cuidado infantil, el Manual de Familia y todos los demás políticas de la empresa, que pueden ser modificadas en cualquier momento, sin previo aviso. También entiendo que las regulaciones de cuidado infantil del estado en el que mi hijo asiste pueden prevalecer sobre estas políticas cuando la regulación estatal es más estricta. Además, entiendo que mi inscripción continua constituye mi reconocimiento y acuerdo de cumplir con todas las políticas y regulaciones estatales.

\_\_\_\_\_\_ **PLANES DE CUIDADO INDIVIDUALIZADOS:** Entiendo que si mi hijo tiene un IEP o IFSP, debe ser compartido con el director para que la escuela pueda apoyar las necesidades de mi hijo.

\_\_\_\_\_\_ **GESTION DE COMPORTAMIENTO:** Entiendo que la redirección positiva y la oferta de opciones a los niños son técnicas que se utilizan para guiar el comportamiento de los niños en la escuela. También entiendo que puedo referirme al Manual de la Familia para obtener información adicional sobre el manejo del comportamiento en la escuela.

\_\_\_\_\_\_ **HANDBOOK DE LA FAMILIA:** He recibido una copia del Manual de la Familia. He leído y entiendo su contenido y políticas y acepto estar obligado por los mismos.

**\_\_\_\_\_\_NO MODIFICACIONES:** Ningún término de este Acuerdo puede ser alterado, revisado, modificado o eliminado por ninguna persona, excepto en casos de cambio de política o cambio de tarifa a los que tanto el director como yo debemos iniciar. Cualquier alteración, revisión, modificación o supresión de cualquier término de este Acuerdo es nula y sin efecto.

**No discriminamos en función de la discapacidad en la admisión/inscripción o el acceso a nuestros programas o servicios. La información relativa a las disposiciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en que se encuentra, por sus siglas en que se encuentra el director).**

**Estas políticas han sido revisadas conmigo por la administración de la escuela. Entiendo y cumpliré con las políticas incluidas en el Acuerdo de Inscripción y el Manual familiar. Las políticas de este contrato sustituirán a todos los demás documentos anteriores.**

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre impreso del padre/tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Personas a contactar en caso de emergencia cuando no se puede contactar con los padres o tutores:**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorización para atención médica de emergencia**

Si no se me puede contactar para hacer los arreglos para la atención médica de emergencia para mi hijo en el momento de una enfermedad o accidente, doy permiso para:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para llevar a mi(s) hijo(s) a la siguiente lista de médicos, hospitales o clínicas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Niño** | **DOB** | **Edad** | **Género** | **Alergias** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Doctor:** | **Teléfono del médico:** |
| **Médico/Dirección**: | **Ciudad/Estado/Zip:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Instalación:** | **Teléfono de la instalación:** |
| **Dirección de la instalación**: | **Ciudad/Estado/Zip:** |

Mi hijo tiene las siguientes necesidades especiales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los siguientes alojamientos especiales pueden ser necesarios para satisfacer de la manera más efectiva las necesidades del niño mientras están en el centro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi hijo está actualmente tomando medicamentos recetados para uso continuo a largo plazo y/o tiene las siguientes enfermedades o problemas de salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento para el tratamiento de emergencia necesario cuando mi hijo está al cuidado de este médico u hospital o clínica.**

**Nombre impreso del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REVISAR Y CHECK TODOS LOS QUE SE APLICAN:**

|  |
| --- |
| **Transporte**:  Por la presente doy ( ) no **doy** su consentimiento para que mi hijo sea transportado y supervisado por los empleados de la operación  ( ) atención de emergencia ( ) excursiones ( ) desde la escuela |
| **Excursiones**de campo :  Por la presente doy ( ) no **doy** su consentimiento para que mi hijo participe en excursiones. |
| **Actividades acuáticas**:  Por la presente doy ( ) no **doy** su consentimiento para que mi hijo participe en actividades acuáticas:  ( ) Juego de aspersores ( ) piscinas de salpicaduras/desalimiento ( ) piscinas ( ) juego de mesa de agua |
| ( ) **RECIBO DE LAS LICENCIAS OPERATIVAS ESCRITAS:**  Reconozco haber recibido las políticas operativas de la instalación, incluidas las de disciplina y orientación. |
| ( ) **REGISTRO DE INMUNIZACIONES**:  He proporcionado a la operación de cuidado de niños una copia del registro de inmunización más actual de mi hijo.  Copiar colocado en el archivo: ( ) Sí ( ) No Hay firma del personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Fecha de proyección de la visión**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Pase ( ) Fallo  **Fecha de detección auditiva:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Pase ( ) Fallo  Copiar colocado en el archivo: ( ) Sí ( ) No Hay firma del personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Alerta de alergias**

Alergias alimentarias (incluye síntomas a tener en cuenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preferencias de alimentos (incluye si el padre proporciona la sustitución): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicina y/o Alergias de Contacto (incluya síntomas a los que observar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instrucciones especiales para reacciones alérgicas o enfermedades médicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cosas que llevar a la escuela**

**Niños:**

* Un mínimo de 4 botellas (prefabricadas preferidas)

\*Todas las botellas y tapas deben estar etiquetadas con el nombre y apellido del niño.

* Fórmula
* Pacificador etiquetado con archivos adjuntos
* Pañales, toallitas y cremas
* 4 juegos de cambio de ropa
* Un saco de dormir para la siesta o el durmiente de manga larga
* Formulario de horario infantil

**Niños:**

* Pañales, toallitas y cremas
* 4 juegos de cambio de ropa
* Manta para la siesta

**Dos**

* Pañales, toallitas y cremas
* Varios conjuntos de cambio de ropa (principalmente fondos)
* Manta para la siesta

**Niños en edad preescolar**:

* Varios conjuntos de cambio de ropa (principalmente fondos)
* Mantas para la siesta

**Nota:** Todas las mantas DEBEN ser llevadas a casa los viernes para ser lavadas y traídas de vuelta los lunes.

**Lanzamiento de fotos y autorización de los padres**

**Nombre del padre/tutor (Imprimir claramente)**

**Nombre del(de los) niño(s):**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **2.** |
| **3.** | **4.** |
| **5.** | **6.** |

Todas las fotografías/videos tomados por el oficial/personal de Interfaith se consideran propiedad de la Interfaith y pueden ser utilizados en boletines, folletos y periódicos. Doy permiso para el uso de estas fotografías para uso mediático por Interfaith. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar este formulario en caso de que ya no desee autorizar los usos anteriores. Estoy de acuerdo en que este formulario permanecerá en vigor durante el período de inscripción de mi hijo. Entiendo que no habrá pago por la participación de mi hijo o por mí mismo.

**Inicial a continuación:**

\_\_\_\_\_\_\_ Doy mi permiso para permitir que se tomen fotos/videos.

\_\_\_\_\_\_\_ No doy mi permiso para permitir que se tomen fotos/vídeos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Fecha de Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Director

**Registro diario de administración de medicamentos**

Los padres deben indicar la dosis y la frecuencia de cada medicamento de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta.

**Indique cuándo administrar los medicamentos marcando las casillas apropiadas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicación**  **Nombre** | **Rx**  **No.** | **Dosificación** | **Veces**  **Obligatorio** | **Mon** | **Martes** | **Mié** | **Jueves** | **Vie** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

El personal interreligioso no dispensará medicamentos recetados que no estén en su envase original con la etiqueta del farmacéutico adjunta a ellos (incluidos los inhaladores de asma) el personal de Interfaith tampoco dispensará medicamentos caducados. Por favor, coloque todos los medicamentos y este formulario en una bolsa de plástico Ziploc.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo sea dado sobre el medicamento de venta libre (es decir, Tylenol, ibuprofeno, Motrin, etc.).

\_\_\_\_\_ No doy permiso para que mi hijo sea dado sobre el medicamento de venta libre (es decir, Tylenol, ibuprofeno, Motrin, etc.).

Ⅰ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicitar que se le den los siguientes medicamentos a

(Nombre del padre/tutor)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mientras mi hijo/hija asiste a cualquiera de los cuidados de niños, después de la escuela

(Nombre completo del niño)

programa de verano en Interfaith.

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

**Firma de Parent Fecha**

**Protector solar y repelente de insectos**

Moody Family Childcare and Youth Services Center sigue todas las recomendaciones proporcionadas por la Agencia de Protección Ambiental (EPA). El protector solar y el insecticida son medicamentos tópicos en contra. Al reconocer esto, Moody Family Childcare and Youth Services Center ha instituido las siguientes políticas:

1. Los padres deben tener permiso por escrito para que se aplique protector solar y/o insecticida para aplicar a las áreas expuestas de la piel de su hijo. El sunscreen/bug spray no se aplicará a los niños que no tengan permiso por escrito en el archivo.
2. El protector solar y el insecticida para insectos serán aplicados por el personal de Moody Family Childcare and Youth Services Center y antes de salir al aire libre, pero deben ser suministrados por los padres.
3. Los contenedores deben colocarse en una bolsa Ziploc con el nombre de su hijo tanto en el recipiente como en la bolsa Ziploc.
4. Todo el spray de protección solar/bug se aplicará a las áreas expuestas de la piel según sea necesario para cada niño individual. Los niños no pueden compartir estos artículos entre sí.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que el personal del Centro de Cuidado Infantil y Servicios Juveniles de Moody Family Child Center aplique protector solar (inicial) \_\_\_\_\_\_\_\_ y spray de insectos (inicial) \_\_\_\_\_\_\_\_a mi hijo.

\_\_\_\_\_Por favor, no aplique protector solar a mi hijo. Como padre/tutor, reconozco que las quemaduras solares representan un riesgo de daño en la piel y cáncer de piel. Entiendo que mi hijo será llevado al aire libre a diario (si el tiempo lo permite).

\_\_\_\_\_ Por favor, no aplique spray de insectos a mi hijo. Como padre/tutor, reconozco que hay enfermedades potenciales que pueden surgir de picaduras de insectos. Entiendo que mi hijo estará afuera de forma regular/diaria y puede estar expuesto a insectos externos.

Nombre del padre/tutor (por favor imprima): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_