



2023 - 2024
 Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo Programa de Aprendizaje Ampliado CARES
 (Colaboración académico, recreación y enriquecimiento de los estudiantes)
TARJETA DE EMERGENCIA DEL PARTICIPANTE
 (POR FAVOR COMPLETE CON LETRA MAYUSCULA Y CLARA)



Nombre Del Estudiante		Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apodo
Domicilio Numero y Calle			Ciudad	Código Postal	
Edad	Fecha De Nacimiento	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono de casa ()	
Nombre de la escuela del niño/a		Grado	número de identificación del estudiante		
Programa- Marque uno: <input type="checkbox"/> Bel Air <input type="checkbox"/> Cambridge <input type="checkbox"/> Delta View <input type="checkbox"/> El Dorado <input type="checkbox"/> El Monte <input type="checkbox"/> Fair Oaks <input type="checkbox"/> Gregory Gardens <input type="checkbox"/> Hidden Valley <input type="checkbox"/> Holbrook <input type="checkbox"/> Meadow Homes <input type="checkbox"/> Monte Gardens <input type="checkbox"/> Oak Grove <input type="checkbox"/> Rio Vista <input type="checkbox"/> Riverview <input type="checkbox"/> Silverwood <input type="checkbox"/> Shore Acres <input type="checkbox"/> Sun Terrace <input type="checkbox"/> Westwood <input type="checkbox"/> Woodside <input type="checkbox"/> Wren Avenue <input type="checkbox"/> Ygnacio Valley Elem. <input type="checkbox"/> Mt. Diablo High <input type="checkbox"/> Ygnacio Valley High			Al final de programa mi estudiante <input type="checkbox"/> Caminara (4to - 8vo grado solamente) <input type="checkbox"/> será recogido		
Nombre de la Madre o guardián			Nombre del Padre o guardián		
Primer	Apellido	Primer	Apellido		
Domicilio de casa			Domicilio de casa		
Ciudad	Código Postal	Ciudad	Código Postal		
Nombre de empleo			Nombre de empleo		
Número de teléfono de casa ()	Número de teléfono de trabajo	Número de teléfono de casa ()	Número de teléfono de trabajo		
Persona responsable por niño(a)					
CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre	Domicilio	Ciudad/Código Postal	Relación	Número de teléfono ()	
Nombre	Domicilio	Ciudad/Código Postal	Relación	Número de teléfono ()	
Nombre	Domicilio	Ciudad/Código Postal	Relación	Número de teléfono ()	
CONTACTO FUERA DEL ESTADO EN CASO DE EMERGENCIA					
Favor designe un contacto fuera del estado. Este contacto solo se usara en el caso de que los medios de comunicación en el área de la bahía no funcionen.					
Nombre	Relación	Estado	Número de teléfono de casa ()	Número de teléfono de trabajo ()	
PERSONAS DISTINTAS A LOS PADRES QUE PUEDEN RECOGER AL NIÑO / DEBEN TENER AL MENOS 18 AÑOS CON IDENTIFICACIÓN VÁLIDA					
Primer Nombre	Apellido	Relación	Número de teléfono ()		
Primer Nombre	Apellido	Relación	Número de teléfono ()		
Primer Nombre	Apellido	Relación	Número de teléfono ()		
EN CASO DE EMERGENCIA DONDE RECIBE CUIDAD MEDICO O DENTAL					
Nombre de doctor				Número de teléfono ()	
Domicilio	Ciudad	Código postal	Número del plan:		
Nombre de dentista				Número de teléfono ()	
Domicilio	Ciudad	Código postal	Plan dental:		
¿Qué debemos hacer en caso no podemos ponernos en contacto su médico? <input type="checkbox"/> Llamar al hospital de emergencia <input type="checkbox"/> Otra cosa, Por favor explique:					

CUIDAD MEDICO

Por Favor marque la cajita si su hijo/a tiene problemas de salud o alergias. Por Favor explique.

¿Tiene alergias a comidas? _____

¿He estado enfermo reciente? no si De qué? : _____

¿Alergias de abejas? _____

Lista todo medicamentos actualmente tomado: _____

Lista todas reacciones a medicamentos: _____

Autorización cuidado médico o cirugía

Yo autorizo si es necesario para mi hijo(a), al personal médico que fue seleccionado por el personal del programa que provee rayos-x, pruebas de rutina, tratamiento, y transporte en caso de urgencia y que no se puedan poner en contacto conmigo, yo autorizo al doctor, que el director del programa selecciono, que obtenga y suministre tratamiento médico para mi hijo(a) mencionada arriba.

Transporte

El personal del Mt. Diablo Unified School District/Bay Area Community Resources tiene mi permiso de dejar que mi hijo(a) que está marcado como un estudiante que camina (solo de 4° a 8° grado) salga del programa a las 5:00PM, que camine, vaya en bicicleta o use transporte público. En cuanto mi hijo(a) deja el programa al final del día, yo estoy de acuerdo que la responsabilidad de mi hijo(a) deja de ser del personal del Mt. Diablo Unified School District/ Bay Area Community Resources.

Fotografías

Su hijo(a) participara en actividades donde muchas veces se les toma fotografías. En ocasiones estas fotos se usan en promociones.

¿Se le puede tomar fotografías a su hijo(a) para promociones?

Si

No

Yo sé que este es un programa público de Mt. Diablo Unified School District/ Bay Area Community Resources y entiendo que no tienen que tener mi consentimiento para usar mi nombre o el de mi hijo(a) menor al igual que la voz, firma, fotografía, o senilidades en noticieros, relaciones públicas, durante la programación de eventos deportivos, en reportajes deportivos, o en campañas políticas según el código civil 3344.

Evaluaciones

Entiendo que el programa de CARES realiza evaluaciones para evaluar la calidad de los programas, yo doy permiso para que mi hijo(a) participe en la evaluación asimismo yo entiendo que la información de mi hijo(a) será confidencial y solamente personas conectadas con la agencia y la evaluación tendrá acceso a dicha información.

Liberación de Responsabilidad

Yo, el/la firmador, certifico que soy el padre/madre o guardián legal del participante, que él/ella está en buenas condiciones físicas y doy mi permiso para que él/ella participe en todas las actividades del programa con la excepción de las ya anotadas. Yo sé que los programas tienen actividades físicas. Parte del posible peligro son el ser expuesto al frío o temperaturas extremas, y ser herido. Se requiere equipo y vestuario apropiado de todos los participantes. Yo entiendo que cómo parte de las heridas las siguientes también pueden ocurrir: lastimaduras, cortadas, lesiones abrasiones y fracturas y hasta muerte accidental. Yo asumo toda la responsabilidad por cualquier daño o heridas que sufra o haga durante su participación en el programa. Entiendo que cualquier persona que recoja a mi hijo del programa es un adulto de al menos 18 años de edad con una tarjeta de identificación válida. Yo afirmo que todas mis respuestas son la verdad según mi conocimiento al completar esta aplicación.

Firma del Padre o guardián _____

Fecha: _____

Alguna otra información pertinente: _____

Otros hijos(as) en el programa:

1. Nombre _____ grado _____

2. Nombre _____ grado _____

3. Nombre _____ grado _____

4. Nombre _____ grado _____