



2025 - 2026  
 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	Primero 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	<input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504	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	
Califica este(a) niño(a) para la comida gratis o reducida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Nombre de la Madre o guardián		Primer Apellido	Nombre del Padre o guardián		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)					
<b>CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA</b>					
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 (      )
<b>CONTACTO FUERA DEL ESTADO EN CASO DE EMERGENCIA</b>					
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 (      )
<b>PERSONAS DISTINTAS A LOS PADRES QUE PUEDEN RECOGER AL NIÑO / DEBEN TENER AL MENOS 18 AÑOS CON IDENTIFICACIÓN VÁLIDA</b>					
Primer Nombre	Apellido		Relación		Número de teléfono (      )
Primer Nombre	Apellido		Relación		Número de teléfono (      )
Primer Nombre	Apellido		Relación		Número de teléfono (      )
<b>EN CASO DE EMERGENCIA DONDE RECIBE CUIDAD MEDICO O DENTAL</b>					
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 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.

### 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 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. Hasta donde yo sé, mi hijo se encuentra en buena condición física y es plenamente capaz de participar en el programa CARES. Soy consciente de los riesgos y peligros relacionados con la participación en esta clase, incluidas las lesiones físicas o incluso la muerte. Y por lo presente elijo permitir que mi hijo participe en el programa CARES, sabiendo que la actividad física asociada puede ser peligrosa para él/ella. ASUMO VOLUNTARIAMENTE LA RESPONSABILIDAD TOTAL POR CUALQUIER RIESGO O PÉRDIDA, DAÑO A LA PROPIEDAD O LESIÓN PERSONAL, INCLUIDA LA MUERTE, que pueda sufrir mi hijo, o pérdida o daño a mis pertenencias o mi propiedad, como resultado de la participación en el programa CARES. Por la presente LIBERO, RENUNCIO, DESCARGO Y CONVIERTO EN NO DEMANDAR, al Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo, a sus funcionarios, sirvientes, agentes y empleados, y a los INSTRUCTORES ADICIONALES (en adelante, LIBERADOS) de cualquier responsabilidad, reclamo, demanda o acción. Causas de acción que surjan de o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que pueda sufrir mi hijo, o cualquier propiedad que me pertenezca, mientras participo en una actividad física, o mientras esté en o sobre locales donde se lleva a cabo el programa CARES. Es mi intención expresa que este acuerdo de liberación y exención de responsabilidad vinculará a los miembros de mi familia y a mi cónyuge, si estoy vivo, y a mis herederos, cesionarios y representante personal, si he fallecido, y se considerará una LIBERACIÓN, RENUNCIA, DESCARGO y CONVENIO PARA DEMANDAR a los LIBERADOS mencionados anteriormente. Por la presente acepto además que este acuerdo de exención de responsabilidad se redactará de acuerdo con las leyes del estado de California.

Al firmar este comunicado, reconozco y declaro que HE LEÍDO EL ANTERIOR Acuerdo de Exención de Responsabilidad y LO ENTIENDO Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE como mi propio acto y escritura libre; sin representaciones orales, declaraciones o incentivos, aparte de lo anterior por escrito. se han celebrado acuerdos; y EJECUTO ESTA LIBERACIÓN PARA UNA CONSIDERACIÓN PLENA, ADECUADA Y COMPLETA CON LA INTENCIÓN PLENA DE ESTAR OBLIGADO POR EL MISMO.

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 \_\_\_\_\_