



Foto del Estudiante

APLICACIÓN PARTICIPANTE PARA DESPUÉS DE ESCUELA 2024-2025

Fechas: 15 de Agosto de 2024 - 5 de Julio de 2025

Horario: Lunes a Viernes, 2:00pm-6:00pm (K-5th); 3:45pm-6:00pm (6-8th) ; 2:30pm-6:00pm (9th-12th)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bel-Aire (K-5th): 10250 SW 194 th St. Cutler Bay, FL 33157 | <input type="checkbox"/> West Flagler Park (K-5th): 5911 W Flagler St. Miami, FL 33144 |
| <input type="checkbox"/> Pinelands Church (K-5th): 10201 Bahia Dr. Miami, FL 33189 | <input type="checkbox"/> John A. Ferguson (9th -12th): 15900 SW 56 th St. Miami, FL 33185 |
| <input type="checkbox"/> Pneuma (K-8th): 7205 SW 125 th Ave. Miami, FL 33183 | <input type="checkbox"/> Felix Varela (9th -12th): 15255 SW 96 th St. Miami, FL 33196 |
| <input type="checkbox"/> Wayside Church (K-8th): 7701 SW 98 th St. Kendall, FL 33156 | <input type="checkbox"/> Miami Central (9th -12th): 1781 NW 95 th St Miami, FL 33147 |
| <input type="checkbox"/> Estrella de Belen (K-5th): 510 East 41st Street Hialeah, FL 33013 | |

Cómo se enteró de nuestra organización / programa?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No aplicable | <input type="checkbox"/> Organizaciones comunitarias | <input type="checkbox"/> DJJ / Servicios juveniles |
| <input type="checkbox"/> Escuelas | <input type="checkbox"/> En persona | <input type="checkbox"/> Primeros Pasos Norte y Sur |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Club de padres | <input type="checkbox"/> Asociaciones de apoyo familiar y vecinal |
| <input type="checkbox"/> Otros programas de TCT | <input type="checkbox"/> Autorreferencia | <input type="checkbox"/> Intervención de absentismo escolar de MDCPS |
| <input type="checkbox"/> Referencia interna | <input type="checkbox"/> DCF / Nuestros hijos / Bienestar infantil | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Línea de ayuda (211 / Centralita) | <input type="checkbox"/> Departamento de policía | |
| <input type="checkbox"/> Socios basados en la fe | <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica | |

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Apellido del menor: _____ Primer nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) ____ / ____ / ____ Sexo del menor: Masculino Femenino Otro/a: _____
(Mandatorio) (Mandatorio)

Número de teléfono del joven (_____) _____ - _____ ¿Es un teléfono celular/móvil? Yes No N/A
(Opcional) (Opcional)

Dirección de correo electrónico del joven (Opcional): _____

Tenga en cuenta que The Children's Trust puede comunicarse con usted por correo postal, correo electrónico y/o mensaje de texto para preguntarle sobre su satisfacción con los servicios y para informarle sobre otros programas, iniciativas y eventos financiados por The Trust que puedan ser de tu interés.

Número del ID de MDCPS # _____ Sin ID de MDCPS No esta en la Escuela

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS O CHARTER DEBEN TENER UN ID DE ESCUELA. TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN A UNA ESCUELA PRIVADA POR FAVOR SELECCIONE NO ID # DE MDCPS

Escuela Actual del niño/joven: _____

¿Cuál es el nivel de grado actual del niño/joven? (Para el verano, seleccione el último grado completado - Seleccione solo uno):

- Pre-K Kinder 1º Grado 2do Grado 3ro Grado 4to Grado 5to Grado
- 6to Grado 7mo Grado 8vo Grado 9no Grado 10mo Grado 11 Grado 12 Grado

¿Cuál es el idioma preferido del niño/joven? (Por favor seleccione solo uno) : Ingles Español Haitiano-Creole



¿En qué idioma(s) se siente cómodo el niño/joven para comunicarse? (Seleccione todas las que correspondan):

Inglés Español Haitiano-Creole Portugués Francés Otro _____

Origen étnico del menor (Por favor, seleccione solo uno):

¿La niña / joven es hispana o latina / o / x? Si No ¿Es la niña / joven haitiano/a? Si No

Raza del menor (Por favor, seleccione solo una): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano

Originario de las Islas del Pacífico Blanco Multirracial Otro, por favor explique: _____

Dirección del niño(a): _____ Apt/Unid: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Guardián principal del niño (nombre completo): _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____ ¿Es este un celular / teléfono móvil? Si No
(Por favor escriba "no aplicable" o "N/A", si no tiene)

E-Mail del Cuidador Principal: _____
(Por favor escriba "no aplicable" o "N/A", si no tiene)

Idioma preferido del cuidador para el contacto (seleccione solo uno): Inglés Español Haitiano-Creole Otro: _____

Guardián secundario del niño (nombre completo): _____
(Por favor escriba "no aplicable" o "N/A", si no tiene)

Número de teléfono: (_____) _____ - _____ ¿Es este un celular / teléfono móvil? Si No
(Por favor escriba "no aplicable" o "N/A", si no tiene)

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

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Queremos conocer más a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a). Doy permiso para que esta información se envíe al Fideicomiso para fines de evaluación/calidad del programa.

1) ¿Cuáles son las principales formas en las que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Habla y se le entiende fácilmente | <input type="checkbox"/> Usa lenguaje de señas |
| <input type="checkbox"/> Habla, pero es difícil entenderle | <input type="checkbox"/> Usa gestos como señalar, halar, sonreír o parpadear |
| <input type="checkbox"/> Usa dibujos o una pizarra para comunicarse | <input type="checkbox"/> Usa sonidos que no son palabras, como reír, llorar o gruñidos |

2) ¿Qué ayuda, si alguna, recibe su hijo(a) en este momento? (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 |

3) ¿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"/> Problemas de atención o hiperactividad (ADHD/ADD) |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo (solo si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Otra condición que dura un año o más (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Ninguna condición que dure un año o más |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento | |

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en las dos últimas preguntas, por favor indique N/A en las siguientes dos preguntas y firme la forma. Si marcó alguna otra respuesta en la pregunta anterior, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

4) ¿Alguna de las condiciones marcadas arriba hacen más difícil para su hijo hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

5) Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional?

- No necesita ayuda específica: N/A
 - Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
 - Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
 - Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
 - Controlar los sentimientos y la conducta
 - Servicios personales como ayuda para alimentarse, ir al baño o cambiarse de ropa.
 - Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras
 - Necesita asistencia: silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
 - Otro _____

6) Tiene el niño un IEP o un Plan 504: Sí (Por favor adjunte) No

7) Por favor circule y/o agregue si algo aplica a su hijo en la tabla a continuación. N/A (No Aplicable)

Medicamentos que afectan: el aprendizaje, las actividades físicas o de índole Social	Alergias a los siguientes alimentos:	Otras alergias graves:	Condiciones de salud crónica:	Limitaciones físicas que afectan : el aprendizaje, las actividades físicas o de índole Social
<input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Medicamentos para la Salud crónica <input type="checkbox"/> Medicamentos para la Hiperactividad <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Césped <input type="checkbox"/> Mosquitos <input type="checkbox"/> Picaduras de abejas <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia "Sickle Cell" <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Condición de piel <input type="checkbox"/> Las alergias estacionales <input type="checkbox"/> Reacción al sol <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Otros no especificadas más arriba: _____ _____ _____ _____

A menos que sea ESPECIFICADO arriba, el niño/a en esta aplicación se encuentra en buen estado de salud y no tiene ninguna condición médica, alergias de alimentos, alergias crónicas o condiciones de salud graves. Mi hijo/a no toma medicamentos de forma rutinaria y sus vacunas están al día. Si usted considera que hay algo más que debemos saber para asegurarnos del bienestar de su hijo/a, por favor comuníquelo al Supervisor del programa. Toda información es confidencial y las aplicaciones se guardan bajo llave en un lugar seguro. Al firmar a continuación estoy de acuerdo con lo siguiente.

¿Tiene el niño menor seguro de salud? (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid) Sí No

De lo contrario, es posible que podamos ayudarle a encontrar una cobertura asequible: llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust, por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/content/children-disabilities.

Información de su Seguro Médico: (Si el niño no tiene cobertura de seguro, por favor escriba "no aplicable" o "N/A")

Compañía de seguro: _____ Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL NIÑO

Entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles para que me comuniquen si mi hijo se enferma o se lesiona en el programa o en una excursión. Si a juicio del personal o profesional médico, si mi retraso en llegar podría poner en peligro la salud de mi hijo/a, por la presente autorizo al personal o profesional médico a asegurar cualquier tratamiento médico que se considere necesario, incluyendo la administración de anestésicos y cirugía. **EN EL CASO EN QUE NADIE PUEDA SER CONTACTADO, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO / HIJA RECIBA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA.**

Si desea que sigamos un procedimiento médico o de emergencia diferente, escríbalo y explique a continuación: (Puede continuar al dorso de esta página):

INFORMACION DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS Y/O RECOGIDA TARDE

Otros números de teléfono donde puedo ser contactado: _____ / _____ / _____

Si no me pueden contactar, favor de llamar a las siguientes personas:

- | | | | |
|----|--------|----------------------|----------------------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ |
| | Nombre | Relación con el niño | Número del celular o del trabajo |
| 2. | _____ | _____ | _____ |
| | Nombre | Relación con el niño | Número del celular o del trabajo |

Tener en Cuenta: Cualquier familiar o amigos autorizados para recoger a su hijo, deben traer una identificación con foto válida para fines de verificación. Una copia de esta será tomada por el personal y colocada en el archivo del estudiante para la confirmación futura. En el caso de que yo, el tutor legal no pueda recoger a mi hijo (a) a tiempo, llamaré al Supervisor y le autorizaré **para que sea recogido por** las personas mencionadas arriba.

POLÍTICA de 'Hope for Miami' / CONSENTIMIENTO

Política De: No-Discriminación: Niños en las edades de 5 años en adelante y que estén cursando o hayan cursado el kinder, serán aceptados en los programas de Campamento de Verano y/o Después De Clases sin importar la raza, el credo, el estado migratorio, salud, religión, discapacidad física, grupo étnico o la capacidad de pagar por los servicios. Niños sin documentos legales, o cuyos padres estén sin estado legal documentado, no serán discriminados en este programa. Al igual que con el sistema escolar público del condado de Miami-Dade, todos los niños son bienvenidos. Los niños/as con discapacidades físicas o emocionales severas, o de comportamiento agresivo, pueden encontrar otros programas o campamentos de verano diseñados especialmente para satisfacer sus necesidades; haremos el mayor esfuerzo para encontrar la ubicación más conveniente para cada niño.

Consentimiento del Padre/Madre o Tutor Legal del menor:

Al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo y certifico lo siguiente:

- 1) Reconozco** que la información en esta aplicación, y la información médica que he proporcionado, es **verdadera y está completa** hasta donde yo sé.
- 2) Como guardián legal del niño** _____, **Autorizo y doy consentimiento** ó **NO autorizo NI doy consentimiento** al personal de Hope for Miami (HFM), y al de 'Children's Trust' (TCT) o a las proveedores de servicios para tomar o usar fotografías, fotografías digitales, imágenes en movimiento, transmisión de televisión y / o grabaciones de video (en adelante, "Grabaciones") de mí, de mis hijos o para fines educativos, de investigación, documentales y de relaciones públicas. En caso de Autorizar y dar Consentimiento, cualquiera de estas grabaciones pueden revelar mi identidad a través de la imagen misma sin ninguna compensación para mí, mis hijos (ya sean hijos naturales o asignados por la corte). En lo que respecta al uso de las Grabaciones tomadas de mí o mis hijos, renuncio a todas las reclamaciones presentes y futuras que pueda tener contra TCT o HFM, su personal, proveedores de servicios, empleados, agentes, afiliados y/o miembros de la Junta Directiva.
- 3) Entiendo** que la participación de mis hijos en este programa auspiciado por Hope for Miami, el Children's Trust y sus asociados, involucra educación física, comidas y paseos fuera del programa o paseos de verano. Ya que estas actividades pudieran conllevar algún tipo de riesgo para la salud física y emocional de mi hijo, por la presente libero, exímo de responsabilidad y renuncio a todas las reclamaciones relacionadas con las actividades del programa después de clase o campamento de verano de HFM, al sitio o lugar del programa y todos sus empleados, oficiales, directores, agentes, tutores, supervisores y voluntarios, asociados con el programa de campamento de verano o de después de clase.
- 4) Entiendo** que ningún medicamento o equipo médico **deberán ser** suministrados a mi hijo por el personal de Hope for Miami. También, en **caso de ser necesario**, daremos instrucciones escritas y aprobadas por el médico, de cómo administrar el medicamento o de cómo utilizar el aparato médico y la frecuencia de este. (Para más información, favor de consultar el Manual del programa para los Padres).

5) Como mi hijo asiste a un programa después de clase financiado por el Children's Trust (ya sea campamento de verano, o después de clase), **reconozco** y entiendo que mi hijo debe cumplir con todas las normas referentes a su conducta y pólizas y regulaciones que el programa tiene establecido. El incumplimiento de estas **normas** puede conducir a la suspensión o al retiro de mi hijo/a del programa. También reconozco haber recibido un **Manual para los Padres**, el cual detalla la política y procedimientos relacionados con mi hijo/a y el programa.

6) El programa Out-of-school (Campamento de Verano o Después de Clases) puede tener lugar en las instalaciones de una Iglesia. El propósito principal del programa es el enriquecimiento académico en un ambiente seguro, durante las actividades fuera de la escuela o campamento de verano. Sin embargo, su hijo puede ser invitado a participar en actividades de la iglesia o **recibir instrucción religiosa opcional**. No se usarán fondos del Trust como pago a dichos maestros, libros u otros gastos relacionados con la instrucción religiosa. Dicha instrucción será dada por ministros de la iglesia o voluntarios.

Por favor seleccione la casilla relativa a la instrucción religiosa:

Autorizo a mi hijo a participar. **Iniciales aquí:** _____ **No autorizo** a mi hijo a participar. **Iniciales aquí:** _____

7) Mi hijo llegará y saldrá del programa después de clase de la siguiente manera:

Llegada: En autobús /Van Caminando de la escuela persona /pariente autorizado padres /tutores

Salida: En autobús / Van Caminando de la escuela persona / pariente autorizado padres / tutores

No doy permiso, bajo ninguna circunstancia, para que mi hijo / a salga del programa con _____.

Relación con el niño: _____. Si es posible traer una foto para mantener en archivo. **Se permite que el niño vaya a casa con la madre, el padre o el guardián legal a menos que tengamos documentos de la corte que establezcan debido a disputas de custodia o al abuso. (Se debe aportar documentación legal.)**

8) **Estoy de acuerdo** en hacer todo lo posible para asegurar que mi hijo/a participe en el programa todos los días, a menos que él / ella esté demasiado enfermo/a para asistir. **También estoy de acuerdo** que **tanto yo como** mi representante designado firmaremos la **entrada o salida** de mi hijo/a **cada día** que asista al programa.

9) **Entiendo** que soy responsable de recoger a mi hijo al finalizar el programa o de arreglar para que una persona autorizada lo recoja. Sólo aquellas personas previamente autorizadas por escrito, pueden abandonar las instalaciones con mi hijo. Estoy al tanto de los **cargos que tengo que pagar o las pólizas de acuerdo a remover el estudiante del programa** por recoger tarde a mi hijo/a. Para los sitios basados en tarifas, la **tarifa** por retraso es de \$ 1 por minuto. El programa termina a las **6:00 PM** cada día. Entiendo también que mi hijo será suspendido del transporte y del programa si las mensualidades no están al día.

10) **Entiendo** que necesito llamar al Supervisor del programa Después de la Escuela/Campamento de Verano si mi hijo no asiste en un día en particular para que el Supervisor sepa que mi hijo no se presentará ese día. También estoy al tanto de las políticas de ausentismo y los riesgos asociados con el exceso de ausencias.

11) **Entiendo** que estoy liberando al Programa Después de la Escuela/Campamento de Verano, de cualquier responsabilidad una vez que mi hijo haya retirado del programa.

Como parte de la participación voluntaria de mi hijo en este programa, doy mi permiso para que la información recopilada a través de este programa se envíe a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona fondos para que el programa funcione y sigue estrictas protecciones de privacidad de datos para la información recopilada (por ejemplo, siguiendo las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia/FERPA).

Doy mi permiso para que la información en esta solicitud se envíe a las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade para fines de evaluación y calidad del programa. Las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade brindan apoyo académico para el programa

Firmo que he revisado y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones descritos en esta solicitud, todos los estándares del programa, políticas y procedimientos y manuales para padres:

Firma del Padre /Guardián

Fecha

Seguro por lesiones accidentales (*Sitios basados en tarifas*)

Al inscribir a su hijo en un programa de Hope for Miami, tiene una cobertura suplementaria por gastos médicos en caso de que su hijo/a tenga un accidente **durante su participación en las horas regulares del programa**. Si su familia tiene un seguro médico, esta póliza complementaria puede cubrir algunos deducibles o gastos que su seguro no cubra. Si su familia no tiene seguro médico, los gastos médicos del niño pueden ser cubiertos, en caso de que le ocurriera una lesión (solo en casos de accidente).

- Costo es \$10.00 por estudiante (solo aceptamos Money Order a nombre de 'Hope for Miami')
- Cubierta médica por servicios ambulatorios causados por un accidente hasta un máximo de cobertura de \$25,000.00
- \$100.00 de deducible en esta póliza
- Incluye \$10,000 de Beneficio por muerte accidental o por un Desmembramiento (en caso de haber una lesión grave).
- La cobertura cubre hasta el último día del Campamento de Verano Julio 25, 2025.

N/A: Not aplica para MDCPS

STAFF USE ONLY (*MUST BE COMPLETED*)

Sibling(s) names in our program:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Sibling definition: One or more children having one or both parents in common or legally adopted.

Fees Collected :

Please Note: Only Money Orders are accepted. No checks or cash.

Accident Insurance fee - \$10 collected: Yes No

Registration Fee - \$90.00 collected: Yes No

Is child a part of the dependency system? Yes No
(Ex. DCF, Our Kids, Full Case Management Agencies, Family Courts, etc.)

Parent Handbook given: Yes No
(Please make sure the parent signs the acknowledgment)

Is child apart of the delinquency system? Yes No
(Ex. Department of Juvenile Justice, Civil Citation Programs, etc.)

Application Verified by: _____

Date Verified: _____

Date of registration: _____

Tentative Start Date: _____



“Conóceme Mejor”

Nombre del niño: _____

Fecha de hoy: _____

Grado: _____

Edad: _____

Talla de camiseta: _____

Hope for Miami quisiera aprender más sobre su hijo para poder brindarle la mejor experiencia de aprendizaje posible mientras asiste a nuestro programa. Nadie sabe tanto a cerca de su hijo como usted misma/o. Por favor cuéntenos más sobre su hijo.

1. ¿Qué es lo que más le agrada y/o le da mayor tranquilidad a su hijo/a y que es lo que menos le agrada y/o le da mayor intranquilidad?, cosas, actividades, recompensas y situaciones.

Le agrada (Electroics, juguetes, sonidos etc)

Le desagrada (ruidos fuertes, objetos específicos etc)

2. ¿Requiere su hijo dispositivos o equipos? (es decir, aparatos ortopédicos, andador, silla de ruedas, dispositivo de comunicación, insulina, nebulizador, inhalador, EpiPen)

Sí No En caso afirmativo, describa: _____

3. ¿Cómo se comunica su niño/a?

Verbalmente A través de gestos (señalando, cabeceando, parpadeando etc.) Lenguaje de Señas Americano (ASL)
 Con vocalizaciones Con aparatos de comunicación (imágenes, etc.) Otros (Por favor, especifique) _____

4. ¿Cuáles servicios recibe su niño/a?

Terapia del Habla/Lenguaje Terapia de Comportamiento Terapia Física
 Consejería-Salud Mental Terapia Ocupacional Ninguna

¿Podemos comunicarnos con su proveedor de servicios para apoyar mejor a su hijo? Sí No (Se requiere un formulario de autorización firmado)

5. ¿Usted sospecha que su niño/a tiene algún problema visual o auditivo? Sí No

En caso afirmativo, por favor describalo: _____

6. ¿Qué afirmación describe mejor la capacidad de su niño/a para poder cambiar de una actividad a otra?

Se mueve fácilmente de una actividad a otra Necesita ayuda moverse de una actividad a otra

Por favor describalo: _____

7. Mi hijo/a juega/interactúa mejor (marque todo lo que corresponde)

Independiente Con adultos Grupos pequeños Grupos grandes Afuera Adentro
 Con otros chicos Comentarios adicionales

8. ¿Su hijo/a sigue instrucciones simples? Sí Necesita ayuda

Comentario / Incentivos: _____

9. ¿Qué tipo de estilo de aprendizaje funciona mejor para su hijo? (*marque todo lo que corresponda*)

Instrucción verbal Tablas / Gráficos Instrucciones escritas Recordatorios

10. ¿Le molesta alguna de estas cosas a su niño/a?

Ruido Ciertas texturas (arena, agua, etc.) Luces Olores Animales Contacto físico (abrazos)
 Otro _____

11. ¿Vaga o huye su hijo? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿que situaciones preceden este comportamiento? _____

12. ¿Su niño/a es capaz de hacer las siguientes actividades por sí mismo?

Uso del baño Sí No Caminar/movilizarse Sí No
Comer Sí No Lavarse sus manos Sí No

Si la respuesta es no, por favor explique qué asistencia necesita: _____

13. ¿Su niño/a toma alguna medicina? Sí No

¿Hay efectos secundarios en los medicamentos que el personal deba conocer? _____

14. ¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo? (*es decir, alergias, dieta, convulsiones, hemorragias nasales*)

15. **Marque todo lo que corresponda: ¿Qué descripciones describen mejor a su hijo? (Si el niño puede, permítale responder a continuación)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiero leer las instrucciones que escuchar al maestro explicarlas. | <input type="checkbox"/> Me es fácil recordar chistes. |
| <input type="checkbox"/> Me gusta que alguien me explique las instrucciones en voz alta. | <input type="checkbox"/> Puedo pensar mejor si doy golpecitos con el pie, juego con un lápiz o me muevo un poco. |
| <input type="checkbox"/> Cuando estudio, tengo que tomar muchos descansos para levantarme y caminar | <input type="checkbox"/> Prefiero trabajar solo. |
| <input type="checkbox"/> Hago muchos dibujos durante la clase. | <input type="checkbox"/> Prefiero trabajar con un amigo. |
| <input type="checkbox"/> Recuerdo mejor las cosas si las escribo. | <input type="checkbox"/> Prefiero trabajar en un grupo de 3 o más. |
| <input type="checkbox"/> Estudio diciendo la información en voz alta. | <input type="checkbox"/> Me resulta fácil hablar en clase y/o participar en discusiones. |
| <input type="checkbox"/> Las gráficas, imágenes y mapas me ayudan a comprender lo que estoy leyendo. | <input type="checkbox"/> Me resulta difícil hablar en clase y/o participar en discusiones. |
| <input type="checkbox"/> Puedo prestar mejor atención si como un refrigerio mientras estudio. | <input type="checkbox"/> Me resulta fácil leer en voz alta. |
| <input type="checkbox"/> Me gusta escuchar música mientras estudio. | <input type="checkbox"/> Me resulta difícil leer en voz alta. |
| <input type="checkbox"/> Soy bueno viendo imágenes en mi mente de lo que estoy estudiando. | <input type="checkbox"/> Me resulta fácil controlar mi temperamento. |
| | <input type="checkbox"/> Me resulta difícil controlar mi temp. |
| | <input type="checkbox"/> Es mas facil para mí controlar mi temperamento |
| | <input type="checkbox"/> Si intent lo siguiente |

Procedimientos ante el COVID-19 (2024-2025) Para los Programas Extracurriculares de Hope for Miami:

Primero que todo, gracias por confiar en nosotros el cuidado de sus hijos. Nos sentimos profundamente honrados de que nos haya elegido para mantener a sus hijos a salvo. Hope for Miami continúa monitoreando las condiciones locales en relación con el COVID-19 y seguirá implementando estrategias para minimizar el esparcir de enfermedades contagiosas mientras se mantiene un medio ambiente seguro de aprendizaje y crecimiento.

Hope for Miami está comprometido a:

1. Seguir estableciendo comunicación con las autoridades locales y estatales para determinar los niveles de mitigación actuales en nuestra comunidad.
2. Proteger y apoyar al personal, los niños y sus familiares que corren mayor riesgo de enfermarse gravemente.

Acciones de seguridad: Basado en la orientación médica recibida, Hope for Miami ha decidido tomar ~~delineado~~ medidas preventivas que se implementarán tomando los siguientes pasos de seguridad:

Promover prácticas de higiene saludables.

1. Seguiremos reforzando entre el personal el lavado de manos (al llegar a la localidad, después de ir al baño, después de estornudar, toser, y antes de comer) y cubrirse la boca a la hora de estornudar y toser (esto es parte de nuestro entrenamiento sobre Precauciones Universales para el personal).
2. Aunque los tapabocas son opcionales, alentaremos y enseñaremos a todo el personal y a los niños a usar un tapaboca si experimentan algún síntoma relacionado con o señal de un virus. También recordaremos a los niños que no toquen el tapaboca y que se laven las manos con frecuencia.
3. Tendremos materiales adecuados para apoyar comportamientos de higiene saludables, incluyendo jabón, desinfectante para manos con al menos un 60% de alcohol (para el personal y los niños mayores que pueden usar desinfectante para manos de manera segura), y pañuelos desechables.

Intensificación de la limpieza, desinfección y ventilación

1. Vamos a limpiar, desinfectar y sanitizar las superficies que se tocan con frecuencia (por ejemplo, manijas de puertas, manijas del lavamanos, fuentes de beber) y los objetos compartidos entre usos.
2. Vamos a garantizar la aplicación segura y correcta de desinfectantes y guardaremos los productos de limpieza fuera del alcance de los niños.
3. Vamos a asegurarnos que los sistemas de ventilación funcionen correctamente y aumentaremos la circulación del flujo de aire tanto como sea posible.

Monitoreo y preparación: Verificar si hay síntomas o señales de un virus

1. Manteniendo una proporción adecuada de personal por niño para garantizar la seguridad.
2. Pedirle al personal que se quede en casa si está enfermo y pedirle a los padres que mantengan a los niños enfermos en casa.
3. Identificar un área para separar a cualquier persona que presente síntomas similares a los de COVID durante horas del programa y asegurarnos de que los niños no se queden sin la supervisión de un adulto.
4. Informar a cualquier persona que ha sido expuesta a una persona diagnosticada con COVID-19 que se quede en casa, controle y monitoree sus síntomas, y que siga la guía del CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) si desarrolla síntomas.
5. **Por favor notifique al programa de inmediato sobre cualquier posible exposición o contacto con alguien con COVID-19.**