Nombre del niño/joven _____

Apellido **Nombre** **Segundo Nombre**

☐ **Bel-Aire**
☐ **Estrella de Belen**
☐ **Pinelands**
☐ **Pneuma**
☐ **Wayside**
☐ **West Flagler Park**
☐ **John A. Ferguson**
☐ **Miami Central**
☐ **Felix Varela**

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

1) **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
○ Antibióticos ○ Medicamentos para la Salud crónica ○ Medicamentos para la Hiperactividad ○ Otros: _____	○ _____ ○ _____ ○ _____ ○ _____ ○ _____	○ Césped ○ Mosquitos ○ Picaduras de abejas ○ Penicilina ○ Otro:_____ _____ _____	○ Asma ○ Diabetes ○ Anemia "Sickle Cell" ○ Convulsiones ○ Condición de piel ○ Las alergias estacionales ○ Reacción al sol ○ Otros: _____	○ 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) ☐ Si ☐ No

.

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 deacuerdo 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**-suministrado**s** 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 mu 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.

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 24, 2026.

☐ **N/A:** Not aplica para MDCPS

STAFF USE ONLY *(MUST BE COMPLETED)*

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

Child/Youth T-Shirt Size: Child XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ Adult S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ XXL ☐

Form Verified by: _____ **Date Verified:** _____

Reconocimiento de Hope for Miami After-School and Summer Camp COVID-19 Procedimientos (2025-2026)

A medida que continuamos navegando a través del virus COVID-19, ante todo queremos agradecerle por confiarnos a sus hijos. Nos sentimos profundamente honrados de que nos haya elegido para mantener a su hijo a salvo durante estos tiempos críticos. Hope for Miami se dedica a mantener y cumplir con todas y cada una de las pautas actualizadas de los CDC sobre medidas preventivas para detener la propagación de COVID-19. A pesar de que el nuevo coronavirus, COVID-19, fue declarado pandemia mundial en 2020 por la Organización Mundial de la Salud. Estamos trabajando en la respuesta continua a nuestra estructura y programas existentes, como parte de nuestra transición continua hacia una práctica de salud pública sostenible.

Hope for Miami se dedica a:

1. Continuar 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 un mayor riesgo de enfermarse gravemente.

Acciones de seguridad: Con base en la orientación médica recibida, Hope for Miami ha esbozado un plan de medidas preventivas que se implementarán tomando las siguientes precauciones de seguridad:

Promover prácticas de higiene saludables.

1. Reforzaremos el lavado de manos (al llegar al sitio, después de usar el baño, estornudar, toser y antes de comer) y cubrirse la boca al toser y estornudar entre el personal (parte de nuestra capacitación de Precauciones Universales para el personal).
2. Aunque las máscaras son opcionales, alentaremos y enseñaremos a todo el personal y a los niños a usar máscaras faciales si experimentan signos o síntomas relacionados. También les recordaremos a los niños que no se toquen la mascarilla y que se laven las manos con frecuencia.
3. Tendremos suministros adecuados para apoyar comportamientos de higiene saludables, incluidos jabón, desinfectante para manos con al menos un 60 por ciento de alcohol (para el personal y los niños mayores que pueden usar desinfectante para manos de manera segura). y tejidos.
4. Publicaremos letreros sobre cómo detener la propagación de COVID-19, lavarse las manos adecuadamente, promover las medidas de protección diarias y usar una cubierta facial adecuada.

Intensificar la limpieza, desinfección y ventilación.

1. Limpie, desinfecte y desinfecte las superficies que se tocan con frecuencia (por ejemplo, las manijas de las puertas, las manijas del fregadero, los bebederos) varias veces al día y los objetos compartidos entre usos.
2. Garantizar la aplicación segura y correcta de los desinfectantes y mantener los productos fuera del alcance de los niños.
3. Asegúrese de que los sistemas de ventilación funcionen correctamente y aumente la circulación del flujo de aire tanto como sea posible.

Supervisión y preparación Verificación de signos y síntomas

1. Mantener una proporción adecuada de personal por niños para garantizar la seguridad
2. Implementar controles de salud (p.ej., controles de temperatura y detección de síntomas) de manera segura y respetuosa, y con medidas implementadas para garantizar la confidencialidad y cumplir con las leyes o regulaciones de privacidad aplicables. **Se debe mantener la confidencialidad**.
3. Anime al personal a quedarse en casa si están enfermos y anime a los padres a que mantengan a los niños enfermos en casa.
4. Identifique un área para separar a cualquier persona que muestre síntomas similares a los de COVID durante las horas de funcionamiento y asegúrese de que los niños no se queden sin la supervisión de un adulto.
5. Informar a cualquier persona expuesta a otra persona diagnosticada con COVID-19 que debe quedarse en casa y que se controle a si mismo para detectar síntomas, y que siga la guía de los CDC si se desarrollan síntomas.
6. **Por favor Notifique a la ubicación del sitio inmediatamente sobre cualquier posible contacto con COVID-19**

Al firmar este formulario, reconozco la naturaleza altamente contagiosa de COVID-19, así como las medidas preventivas resultantes que Hope for Miami, sus socios comunitarios, empleados y representantes han implementado para ayudar a mitigar la propagación del virus. Entiendo el riesgo de exponerme o infectarme con COVID-19 en cualquiera de los lugares en los que Hope for Miami lleva a cabo sus programas en persona después de la escuela o campamentos de verano. Esto incluye el riesgo de infectarse como resultado de las acciones, omisiones o negligencia de mí mismo, los empleados del programa, los voluntarios y los participantes del programa y las ubicaciones de los sitios independientes.

Además, al firmar este formulario, acepto y reconozco que yo, en nombre mío y de mi hijo/participante, asumo todos los riesgos asociados con dicha participación, incluidos, entre otros, los riesgos asociados con COVID-19. Doy esta autorización y renuncia para mi hijo/participante, para mí, mis herederos, sucesores y representantes. Acepto liberar y eximir de responsabilidad tanto a Hope for Miami como a la ubicación del sitio independiente (junto con todas las entidades relacionadas y todos sus empleados, agentes y representantes relacionados), de cualquier responsabilidad por pérdidas, daños, costos, reclamos, demandas. y/o causas de acción, que surjan de cualquier aspecto de la participación en los programas extracurriculares en persona ofrecidos por Hope for Miami. Entiendo y acepto que en el caso de cualquier lesión personal o corporal del abajo firmante, yo (en mi propio nombre o en el de cualquier otra persona) no buscaré ningún tipo de recuperación ni iniciaré ningún tipo de acción contra Hope. para Miami y la ubicación del sitio independiente, sus funcionarios, directores, empleados o agentes. Por la presente reconozco y acepto que las promesas y representaciones hechas anteriormente son materiales y una condición previa necesaria para que se me permita participar en los programas de Hope for Miami.

_____ _____

Firma del padre/familiar Fecha

_____ _____

Imprimir nombre del padre/tutor Nombre del participante(s)