



Address: 1990 Market St. Concord, CA 94520  
 Mailing Address: P.O. Box 23973 Pleasant Hill, CA 94523  
 Phone: 925.825.7751 | fax: 925.825.8732

**Office Use Only**

Date Completed: \_\_\_\_\_

Received By: \_\_\_\_\_

**Para los niños de grados K-8 Summer Camp Application**

Nombre de niño(a) \_\_\_\_\_ Talla de Camiseta: C M G XG  
Apellido Primer Nombre M.I.

Domicilio \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

**Alergias: ¿Tiene su hijo(a) alergias? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ EpiPen? \_\_\_\_\_** Incluya detalles en la parte atrás

**Información de Contacto para los Padres o Custodios**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono # 1. (h / c / t) \_\_\_\_\_ 2.(h / c / t) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono # 1. (h / c / t) \_\_\_\_\_ 2.(h / c / t) \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, siempre trataremos de llamar primero a los padres. Sin embargo, es un requisito que tengamos otro contacto para emergencia ADEMÁS de un padre o custodio. Éste puede ser una persona que tiene su autoridad de recoger a su hijo(a) de nuestro Centro. Anote los nombres y números que aplican.**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Otras personas que tienen mi autoridad recoger a mi hijo(a) en casos que no sean de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**No se permitirá que su hijo(a) salga con alguien que no esté incluido en la lista. Las personas incluidas en la lista tienen que presentar identificación en el momento de recojo. Avise a los empleados de Monument Crisis Center si hay alguien que NUNCA tiene el permiso de recoger a su hijo(a).**



Address: 1990 Market St. Concord, CA 94520  
Mailing Address: P.O. Box 23973 Pleasant Hill, CA 94523  
Phone: 925.825.7751 | fax: 925.825.8732

**Información Médica y de Aseguranza:**

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Número de ID \_\_\_\_\_

Proveedor Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Necesitará algún medicamento su hijo(a) mientras esté en el programa?  Sí (Favor de anotar)  No

**Alergias** – Tiene su hijo(a) una alergia a la comida, un medicamento, un insecto, etc.?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de indicar cuales: \_\_\_\_\_

**Condiciones de salud** – Ha sido diagnosticado su hijo(a), actualmente o en el pasado, con uno de los siguientes condiciones de salud (marque todos los que aplican):

Asma  Sí  No      Epilepsia/Trastorno de Convulsiones  Sí  No

Diabetes  Sí  No      Migranias frecuentes  Sí  No

Problemas del corazón  Sí  No      Síndrome de deficit de atención e hiperactividad  Sí  No

Problemas de visión/audición  Sí  No      Infecciones Crónicas del oído  Sí  No

En caso afirmativo, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Hay otra condición que no se encuentra en la lista: \_\_\_\_\_

Favor de incluir cualquier otra cosa que nos asistirá en mejor ayudar a su hijo(a) durante el programa.

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

Nombre Completo de Padre/Custodio (molde) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Address: 1990 Market St. Concord, CA 94520  
 Mailing Address: P.O. Box 23973 Pleasant Hill, CA 94523  
 Phone: 925.825.7751 | fax: 925.825.8732

**Indique cualquier restricción a este permiso**

Se permite dar a mi hijo(a) medicina sin receta tal como está escrito en el recipiente, incluso bloqueador, antihistamínico para niños y crema antibacterial de primeros auxilios. El jarabe de ipecacuana se puede administrar por el operador de control de envenenamiento si se considera necesario. Los medicamentos recetados deben ser actuales y cada medicamento (inhaladores) requiere un permiso.

**SÍ  NO  Restricciones** \_\_\_\_\_

Se puede llevar a mi hijo(a) para excursiones por autobús, en vehículo privado y de pie por el vecindario, incluso al parque.

**SÍ  NO  Restricciones** \_\_\_\_\_

Se permite a mi hijo(a) participar en natación y otras actividades de agua bajo supervisión obligatoria.

**SÍ  NO  Restricciones** \_\_\_\_\_

Se puede fotografiar a mi hijo(a) para el uso de publicidad u otros propósitos relacionados con Monument Crisis Center.

**SÍ  NO  Restricciones** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo de Padre/Custodio (molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Mi firma autoriza lo siguiente:**

**Renuncia de Emergencia**

Si por cualquier razón los empleados de Monument Crisis Center, sienten que el niño(a) mencionado en esta solicitud requiere asistencia inmediata y tratamiento como resultado de una herida o enfermedad, consto el permiso a los de Monument Crisis Center conceder un tratamiento apropiado para mi hijo(a). Doy mi consentimiento de que cualquier rayos X, examen, anestésico, tratamiento o diagnóstico médica, quirúrgica o dental, y cuidado del hospital se consideran necesarios en su mejor sentido del médico, cirujano o dentista que lo atiende y que se efectua bajo la supervisión de los empleados médicos del hospital o facilidad proveyendo servicios medicales o dentales. Se entiende que él o ella que firma se supone que acepte responsabilidad completa por cualquier hecho, incluso el costo de los servicios. Consto que estoy de acuerdo de resarcir de un daño y no culpar a Monument Crisis Center (incluso sus oficiales, directores, miembros y/o voluntarios) de cualquier reclamación por cualquier persona a cuenta del cuidado y tratamiento de dicho niño(a).

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo de Padre/Custodio (molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha