

USO EXCLUSIVO DE FLC
 Fecha y hora en que la solicitud fue
 entregada junto con TODOS los
 documentos requeridos:
 Fecha: _____
 Hora: _____



**FAMILY LIFE CENTER
 SCHOOL OF MUSIC
 APLICACION PARA PARTICIPANTES**

LUGAR EKKLESIA Miami
DIRECCION 7205 SW 125 Avenue, Miami Fl 33185
TELEFONO 305-273-0028 ext. 104

INFORMACION DEL NIÑO/NIÑA

NOMBRE _____
 _____ Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____
 Apodo _____
 DIRECCION _____
 _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____
 Postal _____
 TELEFONO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ GENERO M___ F___
 RAZA _____ LENGUAJE HABLADO EN EL HOGAR _____

NIÑO/A CON ALGUNA INHABILIDAD? SI _____ NO _____
 SI APLICA POR FAVOR SEÑALE:
 INHABILIDAD DE APRENDIZAJE _____ INHABILIDAD EMOCIONAL O DE COMPORTAMIENTO _____
 INHABILIDAD SENSORIAL _____ INHABILIDAD FISICA _____
 INHABILIDAD PROFUNDA _____

INFORMACION DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN

NOMBRE _____
 _____ Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____
 DIRECCION _____
 _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 TELEFONO: _____
 Dirección electrónica _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ GENERO M___ F___
 PARENTEZCO CON NIÑO /A ___PADRE ___MADRE ___ABUELO(A) ___MADRASTRA/PADRASTRO
 ESTADO MATRIMONIAL _____

INGRESO FAMILIAR \$ _____ POR (MES) _____ (AÑO) _____

TIENE MEDICAID? SI _____ NO _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Entiendo que se harán todos los esfuerzos para localizarme para instrucciones si mi niño se enferma o se lesiona mientras se encuentra en el campamento o en una salida de campo. Si, a juicio del personal o de un profesional médico, el retraso en contactarme comprometa el bienestar del niño, autorizo por este medio al personal o a profesional médico, a asegurar cualquier tratamiento médico que se juzgue necesario, incluyendo la administración de anestésicos y cirugía.

EXCEPTO SEGÚN LO ANOTADO ABAJO, este niño está en buena salud, no tiene ninguna alergia y ninguna condición crónica que afectaría tratamiento, y no toma ningún medicamento rutinariamente. Sus vacunas están actualizadas.

Nombre del Niño	Alergias a alimentos	Alergias a drogas	Otras alergias serias	Condiciones crónicas

INFORMACIÓN FAMILIAR:

NOMBRE DEL PADRE: _____

Apellido

Nombre

NOMBRE DE LA MADRE: _____

Apellido

Nombre

(Si aplica)

NOMBRE DE GUARDIÁN: _____

Apellido

Nombre

DIRECCIÓN: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO TRABAJO: _____

CELULAR: _____ DIRECCIÓN ELECTRÓNICA _____

INFORMACIÓN de SEGURO (si la familia tiene cobertura de seguro)

PORTADOR: _____ PÓLIZA : _____

Compañía De Seguros

No. de Poliza

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ TELÉFONO _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Números de teléfono donde puedo ser localizado durante el día: _____

Si no puedo ser localizado, intenten por favor entrar en contacto con mis suplentes señalados:

- | | |
|----------|--------------------|
| 1. _____ | _____ |
| Nombre | Número de teléfono |
| 2. _____ | _____ |
| Nombre | Número de teléfono |

Política De No-Discriminación:

Niños entre las edades de 9 a 16 Años serán aceptados en Family Life Center School of Music sin importar la raza, el credo, el estado migratorio, la salud, la religión, discapacidad física,y/o pertenencia étnica. Niños sin documentos legales, o cuyos padres estén sin estado legal documentado, no serán discriminados para la selección en este programa . Como con el sistema escolar público del condado de Miami-Dade, todos los niños son bienvenidos.

La información de la aplicación y la información médica que he proporcionado arriba son verdaderas y completas hasta donde conozco.

Consentimiento Paterno:

Firmando esta aplicación abajo, convengo y certifico lo siguiente

1) **Reconozco** que la información de la aplicación, y la información médica que he proporcionado arriba son verdaderas y completas hasta donde conozco y estoy capacitado.

2) **Entiendo** que la participación de mis niños en el programa dirigido por Family Life Center es totalmente voluntaria, por ende yo libero, considero inofensivo y renuncio por este medio a todas las demandas asociadas a actividades del programa, el sitio del programa y todos los empleados, oficiales, directores, agentes, y voluntarios asociados al programa.

3) **Estoy de acuerdo** en hacer todo el esfuerzo para asegurar que mi niño participe en el programa semanalmente, a menos que el /ella esté demasiado enfermo para atender.

4) **Entiendo** que los sitios del programa se están realizando en las premisas de instituciones religiosas para el propósito primario de proporcionar el enriquecimiento artístico y un ambiente seguro durante tiempo extraescolar. En algunos casos, la instrucción religiosa se puede ofrecer como opción a los niños en las premisas, pero solamente con el permiso paterno escrito. A menos que el permiso escrito expreso se haya dado para que mi niño participe en la instrucción religiosa, una actividad no-religiosa opcional será conducida.

5) **Con mi firma** le estoy otorgando permiso por escrito para publicar información confidencial en este formulario de registración y otra información dada durante mi evaluación para recibir servicios por parte de Family Life Center con el propósito de evaluar y monitorear este programa. Esta autorización estará en efecto hasta cuando yo la retire por escrito.

6) **Declaración de Confidencialidad:** La razón por esta declaración es para enfatizar que el acceso a información confidencial sobre el cliente es limitada y gobernada por leyes estatales y federales. Información, que es confidencial, incluye el nombre, numero de seguro social, dirección, datos médicos, sociales y financieros, y servicios recibidos por el cliente. Colección de datos por entrevista, observación o reviso de documentos tiene que ser en un ambiente que proteja la privacidad del cliente. Información discutida entre empleados tiene que ser en

estricta confidencia, limitado a información relacionada a la provisión de servicios al cliente, y no debe ser mencionado fuera del establecimiento.

Firma del Padre/Madre/ Guardián

Fecha