

| Solo para uso oficial (For Office Use Only) |  |
|---|--|
| Date Application Received:                  |  |
| Enrollment Start Date:                      |  |
| Intake Specialist/Staff:                    |  |
| Additional Information:                     |  |



## Admisión universal de participantes del DYCD: Solicitud para jóvenes y adultos

¡Bienvenido al Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés)! El DYCD es un organismo de la ciudad de Nueva York que financia programas para jóvenes y familias. Estos programas son dirigidos por organizaciones comunitarias (CBO, por sus siglas en inglés). El presente formulario le permitirá a usted o a su hijo solicitar la participación en el Sistema Integral Extracurricular (COMPASS, por sus siglas en inglés) o en un programa Beacon o Cornerstone para jóvenes o adultos. Llene este formulario por completo y entréguelo a la CBO que dirige el programa. Se aceptará solo una solicitud por persona por cada lugar. **La presentación de la solicitud no garantiza la inscripción al programa.** Es posible que se exijan otros documentos e información para determinar la elegibilidad para el programa. Si se acepta la solicitud, el programa **no tendrá ningún costo** para el participante. Los siguientes datos de la solicitud se recopilan con fines exclusivamente informativos y de planificación del programa: *ingresos, género, raza, etnia, idioma, tipo de población, información sobre el hogar y situación de seguro médico.* Las respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para recibir nuestros servicios y no se compartirán fuera del DYCD sin el permiso del solicitante.

### Parte I: Información del solicitante

A los fines de esta solicitud, **solicitante** hace referencia a la persona que solicita recibir el servicio. Seleccione una opción:

- Completo esta solicitud para mí
- Soy padre/madre o tutor y completo esta solicitud para mi hijo/a
- Soy familiar/no familiar y completo esta solicitud de parte del solicitante

|   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
| Nombre del solicitante:   |  | Apellido del solicitante:   |  | Inicial seg. nombre:   |  |
| Fecha de nacimiento del solicitante (DD/MM/AAAA):   |  |   |  |  |  |
| <b>Género del solicitante</b> (Seleccione una opción):<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> No conforme con el género |  | <b>Raza del solicitante</b> (Seleccione todas las opciones que correspondan):<br><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Blanco o caucásico<br><input type="checkbox"/> Otro |  | <b>Grupo étnico del solicitante</b> (Seleccione una opción):<br><input type="checkbox"/> Hispano o latino<br><input type="checkbox"/> No hispano ni latino |  |
| Dirección principal del solicitante ( <i>calle y número</i> ):  |  |   |  | Número de apartamento:   |  |
| Ciudad:   |  |   |  | Código postal:   |  |
| <input type="checkbox"/> El solicitante vive en un complejo de NYCHA (proporcione el nombre) _____  |  |   |  |  |  |

## Parte II: Información de contacto

### Información de contacto del solicitante

*Si no posee información de contacto del joven, pase a la siguiente sección y proporcione la información de contacto de su padre, madre o tutor*

Escriba los números de teléfono del **solicitante** y encierre en un círculo la vía de contacto de preferencia:

- Casa \_\_\_\_\_  Móvil \_\_\_\_\_
- Trabajo \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  No poseo correo electrónico

### Información del padre, madre o tutor

*Esta sección es obligatoria para los solicitantes menores de 18 años*

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia:

- Casa \_\_\_\_\_  Móvil \_\_\_\_\_
- Trabajo \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  No poseo correo electrónico

Dirección:

La misma que la del participante

Ciudad:

Estado:

Código postal:

### Información del contacto de urgencia

*Se debe identificar a al menos un contacto de urgencia*

Contacto de urgencia n.º 1:

Relación con el participante:

- El contacto de urgencia es el padre, madre o tutor del participante

Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia:

- Casa \_\_\_\_\_  Móvil \_\_\_\_\_
- Trabajo \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  No poseo correo

Dirección:

La misma que la del participante

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Contacto de urgencia n.º 2:

Relación con el participante:

- El contacto de urgencia es el padre, madre o tutor del

Escriba todos los números de teléfono y encierre en un círculo el número de preferencia para llamar en caso de urgencia:

- Casa \_\_\_\_\_  Móvil \_\_\_\_\_
- Trabajo \_\_\_\_\_  Correo electrónico \_\_\_\_\_  No poseo correo

Dirección:

La misma que la del participante

Ciudad:

Estado:

Código postal:

*Esta sección es para los padres o tutores que inscriben a sus hijos*

*Los contactos de urgencia identificados en la Sección II tienen autorización para recoger al niño a menos que se exprese lo contrario. Autorizo a las siguientes personas adicionales a recoger a mi hijo:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Las siguientes personas **NO PUEDEN** recoger a mi hijo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

### Parte III: Situación educativa o laboral del solicitante

**Situación educativa del solicitante** (Seleccione una opción):

- Alumno de tiempo completo\*\*\*       Alumno de medio tiempo\*\*\*       No asiste a la escuela\*\*\*\*

\*\*\*Si el solicitante es un *alumno de medio tiempo* o un *alumno de tiempo completo*: **Seleccione el grado escolar del solicitante** (Seleccione una opción):

\*\*\*\*Si el solicitante *no asiste a la escuela*: **Seleccione el último grado escolar completado por el solicitante** (Seleccione una opción):

- Escuela primaria**       Jardín infantil  Preescolar  1.º  2.º  3.º  4.º  5.º
- Escuela media:**       6.º  7.º  8.º
- Escuela secundaria:**       9.º  10.º  11.º  12.º
- Colegio comunitario:**       1.º año  2.º año  3.º año  4.º año  5.º año  6.º año o superior
- Educación superior o universitaria:**       1.º año  2.º año  3.º año  4.º año
- Otro:**       Equivalencia de escuela secundaria (HSE)  Escuela vocacional o de comercio  Título extranjero

**Situación laboral actual del solicitante** (Seleccione una opción):

- Empleado de tiempo completo       Empleado de medio tiempo       Jubilado
- Desempleado (de corta duración, 6 meses o menos)       Desempleado (de larga duración, más de 6 meses)       Desempleado (No forma parte de la población activa)
- Trabajador agrícola migrante de temporada       No corresponde (el solicitante es menor de 14 años)

*Obligatorio para alumnos de tiempo completo*

**Id./OSIS del alumno:** \_\_\_\_\_ **Tipo de escuela**  
 Pública  Subvencionada  Privada  Otra \_\_\_\_\_

**Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la escuela:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

## Parte IV: Información de salud

### Información de salud del solicitante

Responda las preguntas que figuran a continuación y brinde información adicional en el espacio proporcionado. El programa puede adaptarse a muchas necesidades o problemas de salud a fin de no limitar la inscripción.

¿Tiene el solicitante alguna alergia? (A alimentos, medicación, etc.).

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene el solicitante asma?

No  Sí

¿Requiere el solicitante alguna atención médica especial?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Toma el solicitante medicación por alguna afección o enfermedad?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Existen actividades en las que el solicitante no pueda participar?

No  Sí \_\_\_\_\_

Brinde la información de salud adicional que resulte necesaria:

No corresponde

Enumere la(s) adaptación(es) que solicita para usted o el solicitante:

No corresponde

### Situación de seguro médico del solicitante

Does the applicant have health insurance? (Select One):

Yes  No  
 Decline to Answer

If yes, what kind of health insurance does the applicant have?

(Check all that Apply):

Medicaid  Medicare  Programa de Seguro de Salud para Niños del estado  
 Del empleo  De adquisición directa  Programa de Seguro de Salud para adultos  
 Asistencia Médica para Veteranos  Me niego a responder

Si no posee seguro médico, ¿desea que una persona se comunice con usted para brindarle información sobre el registro en un seguro médico público? (Seleccione una opción):

Sí  No  Me niego a responder

Si desea recibir información sobre el registro en un seguro médico público, ¿cuál es su vía de contacto de preferencia? (Seleccione una opción):

Correo electrónico  Teléfono  Correo de EE. UU.  
 A través del proveedor  Me niego a responder

**Parte V: Información adicional del solicitante**

**¿Cuál es el nivel de inglés del solicitante?**  
(Seleccione una opción):

- Fluido o muy bueno
- Bueno
- No muy bueno
- Malo

**Idioma principal del solicitante** (Seleccione una opción):

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés           | <input type="checkbox"/> Albanés             | <input type="checkbox"/> Árabe    |
| <input type="checkbox"/> Bengali          | <input type="checkbox"/> Chino*              | <input type="checkbox"/> Francés  |
| <input type="checkbox"/> Ffulde           | <input type="checkbox"/> Alemán              | <input type="checkbox"/> Guyaratí |
| <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Hebreo              | <input type="checkbox"/> Hindi    |
| <input type="checkbox"/> Húngaro          | <input type="checkbox"/> Italiano            | <input type="checkbox"/> Japonés  |
| <input type="checkbox"/> Coreano          | <input type="checkbox"/> Kru, igbo, o yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé    |
| <input type="checkbox"/> Panyabí          | <input type="checkbox"/> Persa               | <input type="checkbox"/> Polaco   |
| <input type="checkbox"/> Portugués        | <input type="checkbox"/> Rumano              | <input type="checkbox"/> Ruso     |
| <input type="checkbox"/> Español          | <input type="checkbox"/> Tagalo              | <input type="checkbox"/> Turco    |
| <input type="checkbox"/> Urdu             | <input type="checkbox"/> Vietnamita          | <input type="checkbox"/> Yiddish  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____      |  |                                   |

*\*incluidos el cantonés y el mandarín*

**Otro idioma hablado por el solicitante** (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés           | <input type="checkbox"/> Albanés             | <input type="checkbox"/> Árabe    |
| <input type="checkbox"/> Bengali          | <input type="checkbox"/> Chino*              | <input type="checkbox"/> Francés  |
| <input type="checkbox"/> Ffulde           | <input type="checkbox"/> Alemán              | <input type="checkbox"/> Guyaratí |
| <input type="checkbox"/> Criollo haitiano | <input type="checkbox"/> Hebreo              | <input type="checkbox"/> Hindi    |
| <input type="checkbox"/> Húngaro          | <input type="checkbox"/> Italiano            | <input type="checkbox"/> Japonés  |
| <input type="checkbox"/> Coreano          | <input type="checkbox"/> Kru, igbo, o yoruba | <input type="checkbox"/> Mandé    |
| <input type="checkbox"/> Panyabí          | <input type="checkbox"/> Persa               | <input type="checkbox"/> Polaco   |
| <input type="checkbox"/> Portugués        | <input type="checkbox"/> Rumano              | <input type="checkbox"/> Ruso     |
| <input type="checkbox"/> Español          | <input type="checkbox"/> Tagalo              | <input type="checkbox"/> Turco    |
| <input type="checkbox"/> Urdu             | <input type="checkbox"/> Vietnamita          | <input type="checkbox"/> Yiddish  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____      |  |                                   |

No corresponde (el solicitante solo habla un idioma)

*\*incluidos el cantonés y el mandarín*

**¿Le gustaría al solicitante recibir información o que una persona se comunice con él para empadronarse para votar?\*** (Seleccione una opción):

Sí  No

\*\*El solicitante es elegible para votar en las elecciones federales de Estados Unidos si:  
1) es ciudadano estadounidense;  
2) cumple con los requisitos de residencia de su estado;  
3) tiene 18 años de edad. Algunos estados les permiten a los ciudadanos de 17 años votar en las elecciones primarias y empadronarse para votar si cumplirán 18 años antes de las elecciones generales. Consulte los requisitos de edad de los votantes para el empadronamiento en su estado.

**Es el solicitante:**

- ¿Padre, madre o tutor legal?  Sí  No
- ¿Delincuente o tiene problemas con la Justicia?  Sí  No
- ¿Participante de Padres de Crianza?  Sí  No
- ¿Un joven sin hogar?  Sí  No
- ¿Veterano?  Sí  No
- ¿Personal activo de las Fuerzas Armadas?  Sí  No
- ¿Un individuo con discapacidad?  Sí  No  Me niego a responder

**Si el solicitante tiene alguna discapacidad, seleccione el (los) tipo(s) de discapacidad** (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Cognitiva
- Auditiva
- Problemas de aprendizaje
- Mental o psiquiátrica
- Física/Afección médica crónica
- Física/Impedimento de movilidad
- Visual
- Otra: \_\_\_\_\_
- Me niego a responder

## Parte VI: Información sobre el hogar

Para la siguiente serie de respuestas, **HOGAR** se define como cualquier individuo o grupo de individuos (sean miembros de una familia o no) que viven juntos y conforman una unidad económica. **INGRESOS** se define como el total de ingresos brutos anuales de todos los miembros y no miembros de la familia de más de 18 años que viven en el hogar.

**El solicitante vive en un hogar encabezado por:**

(Seleccione una opción):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una madre soltera                 | <input type="checkbox"/> Dos adultos sin hijos   |
| <input type="checkbox"/> Un padre soltero                  | <input type="checkbox"/> Dos padres              |
| <input type="checkbox"/> Una persona soltera sin hijos     | <input type="checkbox"/> Hogar multigeneracional |
| <input type="checkbox"/> Adultos no emparentados con hijos |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                       |  |

**Tipo de hogar del solicitante** (Seleccione una opción):

- |   |                                    |                                |
|---|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propio                           | <input type="checkbox"/> Alquilado | <input type="checkbox"/> NYCHA |
| <input type="checkbox"/> Refugio                          | <input type="checkbox"/> Sin hogar |                                |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda permanente |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |                                    |                                |

**Integrantes del hogar del solicitante** (Seleccione una opción):

- |                                     |                                       |                                    |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uno        | <input type="checkbox"/> Dos          | <input type="checkbox"/> Tres      |
| <input type="checkbox"/> Cuatro     | <input type="checkbox"/> Cinco        | <input type="checkbox"/> Seis      |
| <input type="checkbox"/> Siete      | <input type="checkbox"/> Ocho         | <input type="checkbox"/> Nueve     |
| <input type="checkbox"/> Diez       | <input type="checkbox"/> Once         | <input type="checkbox"/> Doce      |
| <input type="checkbox"/> Trece      | <input type="checkbox"/> Catorce      | <input type="checkbox"/> Quince    |
| <input type="checkbox"/> Dieciséis  | <input type="checkbox"/> Diecisiete   | <input type="checkbox"/> Dieciocho |
| <input type="checkbox"/> Diecinueve | <input type="checkbox"/> Veinte o más |                                    |

**Ingreso total del hogar en los últimos 12 meses** (Seleccione una opción):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> USD 0                   | <input type="checkbox"/> USD 1 a USD 12.060      | <input type="checkbox"/> USD 12.061 a USD 16.240  |
| <input type="checkbox"/> USD 16.241 a USD 20.420 | <input type="checkbox"/> USD 20.421 a USD 24.600 | <input type="checkbox"/> USD 24.601 a USD 28.780  |
| <input type="checkbox"/> USD 28.781 a USD 32.960 | <input type="checkbox"/> USD 32.961 a USD 37.140 | <input type="checkbox"/> USD 37.141 a USD 41.320  |
| <input type="checkbox"/> USD 41.321 a USD 50.000 | <input type="checkbox"/> USD 50.001 a USD 60.000 | <input type="checkbox"/> USD 60.001 a USD 70.000  |
| <input type="checkbox"/> USD 70.001 a USD 80.000 | <input type="checkbox"/> USD 80.001 a USD 90.000 | <input type="checkbox"/> USD 90.001 a USD 100.000 |
| <input type="checkbox"/> USD 100.000 o más       | <input type="checkbox"/> Me niego a responder    |   |

**Fuentes de los ingresos del hogar del solicitante** (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleo remunerado  | <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia u otra manutención conyugal                            | <input type="checkbox"/> Sustento de Menores   |
| <input type="checkbox"/> Vale de Cuidado de Niños   | <input type="checkbox"/> Crédito por Ingreso del Trabajo (EITC)                | <input type="checkbox"/> Crédito por Impuesto al Trabajo  | <input type="checkbox"/> Asistencia general  |
| <input type="checkbox"/> Vale de Elección de Viviendas                                    | <input type="checkbox"/> Programa HUD-VASH                                     | <input type="checkbox"/> Programa LIHEAP  | <input type="checkbox"/> Pensión   |
| <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente                                     | <input type="checkbox"/> Seguro privado por discapacidad                       | <input type="checkbox"/> Vivienda Pública   | <input type="checkbox"/> Ayuda al hogar (Home Relief) / Red de Seguridad                         |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de jubilación del Seguro Social                          | <input type="checkbox"/> Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)       | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)                                   | <input type="checkbox"/> Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo                                   | <input type="checkbox"/> Compensación para Veteranos por discapacidades no relacionadas al servicio | <input type="checkbox"/> Compensación para Veteranos por discapacidades relacionadas al servicio |
| <input type="checkbox"/> Programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC)                      | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores                          |   | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
|   | <input type="checkbox"/> Me niego a responder                                  |   |  |

## Parte VII: Consentimientos y firmas

### Información para la salida y para recoger al niño

**Los padres o tutores que inscriban a sus hijos deben responder esta pregunta**

Mi hijo tiene permiso para regresar a casa solo a la salida:  Sí  No

### Consentimiento para la participación

**A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera. Acepto su verificación y comprendo que su falsificación puede provocar la cancelación del servicio. La ciudad de Nueva York puede utilizar la información proporcionada para mejorar los servicios de la ciudad y el acceso a ellos, así como para acceder a un financiamiento complementario.**

#### Si el participante tiene 18 años o más:

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y que poseo autorización para brindar mi consentimiento.  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Participante: Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Si el participante es menor de 18 años:

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Padre, madre o tutor: Nombre en  
imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Consentimiento para el tratamiento médico de urgencia

#### Si el participante tiene 18 años o más

Estoy inscrito como participante en un programa financiado por el DYCD. En caso de urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico de urgencia. Además autorizo la comunicación con el (los) contacto(s) de urgencia mencionados.

**Sí, doy mi permiso**

**No, no doy mi permiso**

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Participante: Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Si el participante es menor de 18 años:

Mi hijo está inscrito como participante en un programa financiado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). En caso de urgencia médica, por el presente doy mi consentimiento para recibir el tratamiento médico de urgencia necesario para mi hijo, comprendiendo que me notificarán lo antes posible. Comprendo que harán todo lo posible por contactarme o, si no estoy disponible, que se comunicarán con el contacto de urgencia, antes y después de que se preste la atención médica.

**Yes, I give my permission**

**No, I do not give permission**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Padre, madre o tutor: Nombre en  
imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Consentimiento para la toma de fotografías y videofilmación, y para el uso de obras originales**

Como participante inscrito en un programa financiado por el DYCD, tenga en cuenta que ocasionalmente el DYCD y la ciudad de Nueva York, sus proveedores contratados, agentes autorizados, organizaciones externas con las que colabora y otros representantes gubernamentales (en conjunto, las “Partes Autorizadas”) pueden estar presentes durante las actividades y eventos especiales del programa relacionados con los servicios del programa, tanto en la ubicación donde se desarrolla el programa habitualmente como en los eventos realizados en otros sitios. En algunos casos, es posible que fotografíen, filmen, entrevisten o registren de algún otro modo a los participantes y a sus familias y amigos durante el transcurso de estos programas. Las imágenes, videos y entrevistas resultantes pueden ser utilizados, con o sin el nombre del participante, en medios impresos o electrónicos, como folletos, libros, boletines impresos o electrónicos, DVD y videos, sitios web, redes sociales y blogs (en conjunto, los “Medios”).

Por el presente permito y autorizo a las Partes Autorizadas, sin compensación y sin más consentimiento, a fotografiar o registrar la imagen, el nombre y el aspecto míos y de mi hijo, así como el sonido de mi voz y de la de mi hijo, durante las actividades y los eventos especiales del programa financiado por el DYCD, y consiento, sin compensación y sin más consentimiento, a que las Partes Autorizadas utilicen las imágenes, videos y entrevistas resultantes exclusivamente sin fines de lucro y sin fines comerciales en cualquier Medio.

Sí  No

Si durante el curso de la participación en las actividades y eventos especiales del programa financiado por el DYCD mi hijo o yo creamos alguna obra original, como arte, música, coreografía, poesía o prosa (en conjunto, la “Obra Original”), por el presente doy mi consentimiento a que las Partes Autorizadas, sin compensación y sin más consentimiento, utilicen dicha Obra Original exclusivamente sin fines de lucro y sin fines comerciales en cualquier Medio.

Sí  No

### **Si el participante tiene 18 años o más:**

Reconozco que tengo 18 años de edad o más y que poseo autorización para brindar mi consentimiento.

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Si el participante es menor de 18 años:**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Consentimiento del padre, madre o tutor a la recopilación y divulgación de información del alumno**

El **Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés)** proporciona financiamiento para este programa como parte de su misión para asistirlo en la tarea de ayudar a su hijo a desarrollar todo su potencial. Muchos de nuestros programas son ejecutados por organizaciones comunitarias. Trabajamos para garantizar que los servicios que usted y su hijo reciban sean de la mayor calidad posible. El DYCD le solicita su permiso para que podamos recopilar información que necesitamos sobre su hijo, la participación y la calidad de los servicios prestados.

### **¿Qué información de los registros estudiantiles solicita el DYCD?**

Le solicitamos su permiso para que el **Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE, por sus siglas en inglés)** comparta con el DYCD información de identidad personal de los registros estudiantiles de su hijo. La información que deseamos recopilar consiste en datos biográficos y de inscripción (específicamente, nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del alumno, grado, escuelas a las que asistió y cambios de escuela, alta y graduación de su hijo); información sobre la asistencia de su hijo a la escuela (incluida la cantidad de asistencias y ausencias); información sobre el rendimiento académico (incluidos los resultados que obtuvo su hijo en exámenes estatales y nacionales, los créditos obtenidos, las calificaciones, su situación de promoción y mantenimiento, y su puntaje Fitnessgram); e información relativa a cualquier medida disciplinaria que su hijo haya recibido (incluida la cantidad y el tipo de suspensiones).

**Le solicitamos recopilar la información antes mencionada sobre su hijo correspondiente al pasado, presente y futuro (es decir, de forma permanente).**

También le solicitamos su permiso para que el DYCD pueda compartir la información sobre la inscripción que recopilamos de usted o de su hijo con el personal del DOE. La información incluye datos de registro, intereses y desafíos del alumno, tipo de programa en el que está inscrito y frecuencia de participación. Esta información se utilizará para ayudar a la escuela y a la organización comunitaria a trabajar en conjunto para satisfacer las necesidades suyas y de su hijo.

### **¿Quién verá la información de mi hijo y cómo se protegerá?**

Las únicas personas que verán la información individual de su hijo son el personal del DYCD y del DOE que administra los sistemas de datos y prepara los informes de investigación y los análisis de programas. Los pocos empleados del DYCD designados para recibir información personal están sujetos a un estricto control y reciben una exhaustiva capacitación para respetar estrictas pautas de protección de la confidencialidad de la información a través de la cual se podría identificar a usted o a su hijo. La información personal de identificación recopilada a partir de los registros estudiantiles solo será compartida de forma electrónica entre el DOE y el DYCD, y será asegurada y protegida en la base de datos del DYCD. La información de identidad personal no se compartirá con ninguna organización comunitaria ni con su personal. No utilizaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe publicado. Si bien solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las preguntas que figuran a continuación no afectarán la participación de su hijo en los programas patrocinados por el DYCD.

### **Marque Sí o No en cada uno de los siguientes enunciados:**

Comprendo por qué el DYCD me solicita permiso para acceder a la información antes mencionada de los registros estudiantiles de mi hijo y doy mi permiso al DOE para que comparta esa información con el DYCD de forma permanente.

**Sí, doy mi permiso**  **No, no doy mi permiso**

Comprendo por qué el DYCD me solicita permiso para compartir con el personal del DOE la información sobre mi hijo recopilada por el DYCD y doy mi permiso al DYCD para que comparta información con el DOE de forma permanente.

**Sí, doy mi permiso**  **No, no doy mi permiso**

Nombre del alumno o solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor adicional (*opcional*): \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor adicional (*opcional*): \_\_\_\_\_



CBO: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Consentimiento de los padres para la participación en la recopilación de datos del programa para después de la escuela (solo participantes de SONYC y COMPASS High)

Estimado padre/madre:

Su hijo/a está inscrito/a en un programa para después de la escuela respaldado por el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (DYCD, por sus siglas en inglés). El Instituto Americano de Investigación (AIR, por sus siglas en inglés) está llevando a cabo un estudio de los programas para después de la escuela que forman parte de COMPASS. A fin de supervisar la efectividad de estos programas y garantizar su éxito en el futuro, el DYCD, junto con su socio de evaluación AIR, están recopilando información acerca de los participantes y sus experiencias en el programa para después de la escuela, específicamente en torno al desarrollo de liderazgo en los jóvenes. Este proyecto fue aprobado por el Departamento de Educación (DOE, por sus siglas en inglés). El AIR visitará algunos de los programas para después de la escuela y encuestará al personal así como a los jóvenes y sus familias para conocer más sobre los programas para después de la escuela del DYCD y cómo mejorarlos.

Les solicitamos permiso a los padres para realizar las siguientes actividades de estudio:

- Realizar encuestas de 10 minutos a los niños para preguntarles acerca del programa para después de la escuela del DYCD en el que participan y para pedirles su opinión sobre el desarrollo del liderazgo juvenil en ese programa.
- Invitar a los niños a participar en una entrevista o grupo de debate de 45 minutos sobre el programa para después de la escuela en el que participan, con énfasis en su experiencia en el programa y su opinión sobre el desarrollo del liderazgo juvenil.

El AIR también podrá recopilar y analizar datos de los registros estudiantiles de su hijo del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, incluidos los datos demográficos, la asistencia escolar, los avisos disciplinarios, la promoción de grado e información sobre el desempeño académico (por ejemplo, resultados y calificaciones de exámenes). Esta información es anónima y completamente confidencial. Los datos se combinarán con el nivel escolar y no podremos vincular esta información con ningún niño ni sus familias de forma individual.

Toda la información que recopilemos se utilizará para evaluar el programa para después de la escuela del DYCD y no se hará pública. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información serán los miembros del equipo de evaluación del AIR. La decisión de no participar en la evaluación no afectará a su hijo en la escuela ni en el programa para después de la escuela, ni tendrá ningún otro efecto sobre su hijo. No utilizaremos su nombre ni el nombre de su hijo en ningún informe. No existen riesgos conocidos para la participación en este estudio. La participación es voluntaria y los participantes pueden abandonar el estudio en cualquier momento. Si tiene preguntas acerca del estudio, comuníquese con Jessica Newman por teléfono al 312-588-7341 o por correo electrónico a [jnewman@air.org](mailto:jnewman@air.org).

Si tiene alguna inquietud o consulta acerca de los derechos de su hijo como participante, comuníquese con el Comité de Revisión Institucional del AIR (que es responsable de la protección de los participantes de los proyectos) por correo electrónico a [IRB@air.org](mailto:IRB@air.org), por teléfono a la línea gratuita 1- 800-634-0797 o por correo postal a IRB, 1000 Thomas Jefferson St. NW, Washington, DC 20007.

**DÉ VUELTA LA PÁGINA PARA FINALIZAR Y FIRMAR →**

## Consentimiento de los padres para la participación en la recopilación de datos del programa para después de la escuela

Seleccione las opciones que desee a continuación:

*SÍ, DOY MI PERMISO PARA QUE MI HIJO, \_\_\_\_\_, PARTICIPE EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DE RECOPIACIÓN DE DATOS DEL AIR:*

*Mi hijo PUEDE realizar encuestas del AIR acerca del desarrollo del liderazgo juvenil.*

*Mi hijo PUEDE participar en entrevistas y grupos de debate sobre su experiencia en el programa para después de la escuela y ofrecer su opinión sobre el desarrollo del liderazgo juvenil.*

*Asimismo, me gustaría recibir actualizaciones mediante mensajes de texto SMS acerca de la evaluación de los programas para después de la escuela del DYCD. El AIR puede enviarme mensajes de texto para futuras encuestas voluntarias. Comprendo que puede regir la mensajería estándar y que puedo cancelar en cualquier momento.*

*NO, NO DESEO QUE MI HIJO, \_\_\_\_\_, PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES DE RECOPIACIÓN DE DATOS DEL AIR.*

---

*Firma*

*Fecha*

### Consentimiento para la grabación de audio

Si dio su permiso para que su hijo participe en las entrevistas y los grupos de debate, los investigadores del AIR podrán grabar las entrevistas y los grupos de debate para tomar notas. Si le permite al AIR grabar las entrevistas y los grupos de debate, firme a continuación. Ninguna persona que no forme parte del equipo de investigación escuchará la grabación, y esta será eliminada cuando finalice el estudio. Los alumnos pueden solicitar que se apague la grabadora en cualquier momento.

*Sí, permito que se realicen grabaciones de audio de mi hijo durante las entrevistas y los grupos de debate.*

*No, no permito que se realicen grabaciones de audio de mi hijo durante las entrevistas y los grupos de debate.*

---

*Firma*

*Fecha*

Si tiene alguna inquietud o consulta acerca de la evaluación, comuníquese con Jessica Newman, la directora de proyectos del AIR, por teléfono al (312) 588-7341 o por correo electrónico [ajnewman@air.org](mailto:ajnewman@air.org). Si tiene preguntas acerca de los programas para después de la escuela del DYCD, visite DYCD Youth Connect <http://www1.nyc.gov/site/dycd/connected/youth-connect.page> o llame por teléfono al 1-800-246-4646.



**Participación de los padres**

|  |  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |
|--|--|---|--|---|---|--|---|--|--|--|--------------------------------------|
| <b>Nombre de padre/madre:</b>  | <b>Apellido de padre/madre:</b>  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |
| <b>Número de teléfono:</b>   | <b>Correo electrónico:</b>   |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |
| <b>¿A qué se dedica?</b>   | <b>Cuál es la afiliación de su empresa (opcional):</b>                               |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |
| <p><b>Me gustaría apoyar los programas de New York Edge de la siguiente manera (marque las áreas de interés):</b></p> <p><b>Hacerse voluntario:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otoño (septiembre a diciembre)</td> <td><input type="checkbox"/> Involucrar a mi empresa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Invierno (enero a marzo)</td> <td><input type="checkbox"/> Abogar por los programas después del horario escolar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primavera (abril a junio)</td> <td><input type="checkbox"/> Seguir las redes sociales de New York Edge</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verano (julio a agosto)</td> <td><input type="checkbox"/> Enviar donaciones a New York Edge (en especie o monetarias)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> |  | <input type="checkbox"/> Otoño (septiembre a diciembre) | <input type="checkbox"/> Involucrar a mi empresa | <input type="checkbox"/> Invierno (enero a marzo) | <input type="checkbox"/> Abogar por los programas después del horario escolar | <input type="checkbox"/> Primavera (abril a junio) | <input type="checkbox"/> Seguir las redes sociales de New York Edge | <input type="checkbox"/> Verano (julio a agosto) | <input type="checkbox"/> Enviar donaciones a New York Edge (en especie o monetarias) |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otoño (septiembre a diciembre)  | <input type="checkbox"/> Involucrar a mi empresa                                     |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Invierno (enero a marzo)  | <input type="checkbox"/> Abogar por los programas después del horario escolar        |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Primavera (abril a junio)   | <input type="checkbox"/> Seguir las redes sociales de New York Edge                  |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Verano (julio a agosto)   | <input type="checkbox"/> Enviar donaciones a New York Edge (en especie o monetarias) |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |
|  | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |   |  |   |   |  |   |  |  |  |                                      |

## Declaración de certificación

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación. Estoy de acuerdo y acepto que cumpliré todas las reglas y regulaciones aplicables de este programa. Doy mi consentimiento para la inscripción y participación del niño mencionado anteriormente en este programa.

**Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## **Exoneración de responsabilidad**

**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** Reconozco que las actividades que llevarán a cabo los participantes durante los programas de New York Edge pueden provocar lesiones personales y/o daños a la propiedad. Por medio de la presente exonero y mantengo indemne a New York Edge de cualquier y todo reclamo que yo o mi hijo(a) podamos realizar a raíz de, o en conexión con, la participación en el programa. Dicha exoneración incluye, pero no se limita a, cualquier reclamo, demanda o causa de acción por lesiones a mi hijo(a), excepto cuando se deba a la negligencia de New York Edge. Esta renuncia está firmada con el propósito de liberar, descargar e indemnizar plenamente al programa de toda responsabilidad según se describe en este documento.

- Yo, el abajo firmante, he leído la información anterior y doy permiso para que mi hijo(a) participe en el programa después de la escuela del New York Edge Champions Club.

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## Contrato de comportamiento

Se requiere que todas las familias firmen el siguiente contrato con respecto a las expectativas del Champions Club. Estas reglas y regulaciones se reflejan después de las reglas establecidas por el Canciller del Departamento de Educación. REVISE ESTAS EXPECTATIVAS CON SU HIJO(A).

1. Todos los participantes deben asistir al programa regularmente y no pueden faltar al programa sin consentimiento previo.
2. Los participantes deben llegar al lugar de llegada designado inmediatamente después de la clase.
3. Los participantes no pueden abandonar el programa o el edificio. **Todo participante que salga del edificio sin permiso será expulsado inmediatamente del programa.**
4. Los participantes no pueden abandonar ninguna actividad o sesión académica sin ser acompañados por un miembro del personal (escuela primaria y secundaria). Los estudiantes de la escuela secundaria deben tener un permiso por escrito (pase) para poder retirarse de una sesión.
5. Los participantes deben ser respetuosos y responsables. Deben comportarse de manera apropiada y no actuar de manera perturbadora en los pasillos o durante las actividades.
6. Los participantes no deben traer videojuegos, iPods, teléfonos celulares o cualquier dispositivo electrónico al Champions Club.
7. Está prohibido el uso de lenguaje o gestos profanos u obscenos.
8. Está prohibido mentir o dar información falsa verbalmente o por escrito al personal del Champions Club.
9. Está prohibido el uso de insultos raciales, étnicos, de género, de orientación sexual, religiosos o de origen nacional.
10. Están prohibidos los actos de intimidación, coacción, extorsión o acoso sexual.
11. Está prohibida la lucha. **Está prohibida la fuerza física contra otros participantes o personal y resultará en la expulsión inmediata.**
12. La propiedad de la escuela y del Champions Club, incluidos paredes, libros y otro equipo, debe ser tratada con respeto y no estropearse.
13. Está prohibido robar.
14. Están prohibidos el tabaco, el alcohol, cualquier otra droga o armas. **Todo participante que traiga un arma a la propiedad de la escuela será expulsado inmediatamente del programa.**
15. Está prohibido activar falsamente una alarma de incendio u otra alarma de desastre. **Todo participante que active falsamente una alarma de incendio u otra alarma de desastre será expulsado del programa.**

**Todo participante que no cumpla con el Contrato de Comportamiento mencionado anteriormente está sujeto a ser expulsado del programa según el criterio de New York Edge. New York Edge mantiene la autoridad única para disciplinar a los participantes conforme al Contrato de Comportamiento.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_



# FOTO/VIDEO/ENTREVISTA CONSENTIMIENTO

*(A ser completado por el padre/madre o tutor)*

Certifico que soy el padre/la madre o tutor legal de \_\_\_\_\_, cuya fecha  
**Nombre del niño**  
de nacimiento es \_\_\_\_\_.  
**mes/día/año**

Entiendo que New York Edge lleva a cabo eventos dentro y fuera de la escuela. Representantes de los medios de comunicación, reporteros de periódicos y televisión, fotógrafos y personal de relaciones públicas pueden estar presentes en estos eventos especiales para grabarlos. En algunos casos pueden entrevistar y/o fotografiar a los niños que participan en estos eventos, incluido mi hijo(a).

Soy consciente de que a mi hijo(a) se le puede hacer una variedad de preguntas relacionadas con New York Edge y las actividades y programas de New York Edge, y que el contenido de la entrevista puede ser publicado o transmitido públicamente. Entiendo que mi hijo(a) estará bajo la supervisión del personal de New York Edge durante la entrevista o sesión de fotos. Sin embargo, puede que no haya supervisión del personal de New York Edge si las fotografías o grabaciones de video o voz son parte de una escena de fondo general en la cual entiendo que mi hijo(a) no está identificado.

Entiendo que mi hijo(a) se reserva el derecho de negarse a contestar cualquier pregunta o participar en cualquier discusión que lo haga sentir incómodo o avergonzado y que mi hijo(a) y/o el personal supervisor de New York Edge pueden terminar la entrevista o la sesión de fotos y video en cualquier momento y por cualquier razón.

Autorizo a que mi hijo(a) sea fotografiado o grabado de otra manera durante los eventos y actividades de New York Edge, y para que todas y cada una de estas fotografías y/o grabaciones sean mostradas por el New York Edge Champions Club, en cualquier medio (libros, boletines, sitios web, etc.), ya sea ahora o en el futuro conocido o desarrollado, por el cual ni mi hijo(a) ni yo recibiremos compensación monetaria o derechos de propiedad.

**SÍ**, autorizo a que mi hijo(a) sea fotografiado o grabado de otra manera durante eventos y actividades después de la escuela.

---

**FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR**

**FECHA**

**NO**, no doy permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado o grabado durante eventos y actividades después de la escuela. Como resultado, es posible que mi hijo(a) no pueda participar en estos eventos y actividades.

---

**FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR**

**FECHA**



## Consentimiento del padre/madre para participar en la evaluación del programa después de clases

Estimado/a Padre/Madre/Tutor:

Su hijo(a), \_\_\_\_\_, está inscrito(a) en el programa después del horario escolar en \_\_\_\_\_ . Con el fin de supervisar la efectividad del programa después del horario escolar y asegurar su éxito futuro, New York Edge está llevando a cabo evaluaciones continuas. La intención de las evaluaciones es aprender cómo estos servicios ayudan a los estudiantes y cómo pueden mejorarse para cumplir con los requisitos de financiación.

### Específicamente, pedimos permiso de padre/madre para:

- Comunicarnos con la escuela de sus hijos y obtener registros que muestren su progreso, incluidos boletín de calificaciones, puntajes de exámenes en toda la ciudad y el estado, asistencia, elección de escuela y cualquier otro informe relacionado con el progreso académico.
- Hablar con los maestros y el personal de la escuela sobre el progreso y la participación de los niños en el programa después de la escuela, y revisar los registros del programa sobre la participación en el programa después de la escuela.
- Encuestar y/o entrevistar a padre/madre y a los niños sobre el programa después de la escuela y sus efectos. A lo largo del año, se realizarán hasta cuatro encuestas. Cada uno tomará aproximadamente 15 minutos. También se pueden realizar discusiones en grupo, que pueden durar hasta 30 minutos.

**Toda información que recolectemos será utilizada solamente para evaluar el programa después de la escuela y no se hará pública. La participación en la evaluación es completamente voluntaria, y el Participante puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias. La información personal no será utilizada para ningún propósito después de que se complete la evaluación.**

Seleccione **UNA** de las siguientes opciones y devuelva este formulario al coordinador/director del programa.

- SI, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO(A) PARTICIPE. He leído la información anterior y doy permiso para que mi hijo(a) participe en la evaluación del programa después de la escuela. También doy mi consentimiento para que las organizaciones mencionadas obtengan los expedientes de mi hijo(a) y para que entrevisten al personal del programa y de la escuela con fines de evaluación y apoyo.

---

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FECHA

- NO, NO QUIERO QUE MI HIJO(A) PARTICIPE. He leído la información anterior y no doy permiso para que mi hijo(a) participe en la evaluación del programa después de la escuela.

---

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

FECHA



## Formulario de consentimiento para la divulgación de datos del padre/madre/tutor

### I. Información que se está solicitando.

New York Edge está solicitando su permiso para recopilar datos de rendimiento académico e inscripción de su hijo(a). Esta información se utilizará con el propósito de establecer los resultados del programa y puede utilizarse en un formato combinado, no individualizado, para ayudar a abogar por la continuidad del financiamiento.

### II. ¿Qué información de los registros estudiantiles de su hijo(a) está solicitando New York Edge?

Estamos solicitando su permiso para permitir/autorizar a New York Edge a obtener información personal identificable de los registros estudiantiles de su hijo(a) del **Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (DOE)**. Simultáneamente, usted autoriza al DOE a divulgar información personal identificable de los registros estudiantiles de su hijo(a) a New York Edge. La información que nos gustaría recopilar consiste en información biográfica y de inscripción (específicamente el nombre de su hijo(a), dirección, fecha de nacimiento, número de identificación del estudiante, grado, escuela(s) asistida(s) y datos de transferencia, de alta y de graduación de su hijo(a); datos relacionados con la asistencia de su hijo(a) a la escuela (incluido el número de días de asistencia y ausencias); y datos de rendimiento académico (incluidos los resultados de los exámenes estatales y nacionales, los créditos obtenidos, las calificaciones, el estado de promoción y retención y la calificación de aptitud física); y datos relacionados con cualquier acción disciplinaria tomada en contra de su hijo(a) (incluido el número y tipo de suspensiones). Estamos solicitando recopilar la información mencionada anteriormente acerca de su hijo(a) en el pasado, presente y futuro (es decir, en curso).

### III. ¿Cómo se mantendrán confidenciales los datos de su hijo(a)?

Las únicas personas autorizadas para ver la información de su hijo(a) son el Departamento de Datos de New York Edge y el personal del DOE que administra los sistemas de datos y prepara informes de investigación y análisis de programas. Un número limitado del personal de New York Edge identificado para recibir información personal es investigado, y se le proporciona capacitación extensiva para seguir pautas estrictas en la protección de la confidencialidad de la información que le identificaría personalmente a usted o a su hijo(a). La información de identificación personal recopilada de los registros de los estudiantes solo se compartirá electrónicamente entre el DOE y New York Edge y se asegurará y protegerá en la base de datos de New York Edge. No usaremos su nombre ni el nombre de su hijo(a) en ningún informe publicado. Aunque solicitamos su consentimiento, sus respuestas a las siguientes solicitudes no afectarán la participación de su hijo(a) en nuestros programas.

#### **Marque Sí o No a la siguiente declaración:**

- Entiendo por qué New York Edge me está pidiendo permiso para acceder a la información enumerada anteriormente de los registros estudiantiles de mi hijo(a), y doy permiso al DOE para compartir esa información con New York Edge de manera continua.

\_\_\_ **Sí, autorizo a New York Edge y al DOE para que compartan la información de mi hijo(a) y los registros de los estudiantes.**

\_\_\_ No, no autorizo a New York Edge y al DOE para que compartan la información de mi hijo(a) y los registros de los estudiantes

Nombre del estudiante/solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Tutor: *(Escriba en letra de imprenta)* \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre adicional del Padre/Madre/Tutor: *(opcional)* \_\_\_\_\_

Firma adicional del Padre/Madre/Tutor: *(opcional)* \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

(A ser completado por el padre/madre o tutor)

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Autorizo a New York Edge (“Programa”) para, si es necesario, proporcionar primeros auxilios básicos de acuerdo a su nivel de capacitación. La evaluación de lesiones y la intervención incluirán el uso de antibióticos tópicos para la piel, según corresponda.
2. Si mi hijo(a) requiere atención médica de emergencia según lo determinado por un empleado del Programa debidamente capacitado, doy mi consentimiento al Programa mencionado para obtener la atención médica necesaria para mi hijo(a). Estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con la atención médica de emergencia que reciba mi hijo(a).
3. Por la presente, libero al Programa de cualquier y todo reclamo que yo o mi hijo(a) podamos tener en contra de New York Edge que surja o esté relacionado con el suministro de Primeros Auxilios como se describe en este documento, excepto cuando se deba a la negligencia del personal de New York Edge. Este acuerdo está firmado con el propósito de liberar, descargar e indemnizar plenamente al programa de toda responsabilidad según se describe en este documento.
4. Después de recibir atención médica de emergencia, mi hijo(a) puede ser dado de alta a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el(la) niño(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el(la) niño(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el(la) niño(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

## 5. Información de salud:

Alergias: \_\_\_\_\_ Preferencia religiosa: (opcional) \_\_\_\_\_  
Última antitetánica: \_\_\_\_\_ Medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

Médico del estudiante  
(Nombre y teléfono) \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos u otros hechos pertinentes que deban tenerse en cuenta:

---

6. Entiendo que este consentimiento estará en efecto a partir de la fecha en que firme este formulario y continuará mientras mi hijo(a) esté inscrito en el Programa.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha