

CIUDAD DE AURORA
Departamento de Parques, Recreación y Espacios Abiertos

SERVICIO DE RECREACIÓN ADAPTADA E INCLUSIÓN para TODOS
FORMULARIO ANUAL DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE
2024

PROCESO PARA LA REUNIÓN DE ADMISIÓN DE NUEVOS PARTICIPANTES

Complete y devuelva este formulario. Cuando recibamos su formulario, nos pondremos en contacto con usted para programar una reunión con los padres/tutores o el moderador, y la persona interesada en participar en el programa. Esta reunión le dará la oportunidad de hacer sus preguntas, nos permitirá que presentemos a los participantes con el personal de Recreación Terapéutica y servirá como un medio para dar a conocer las recomendaciones del programa. Las reuniones tendrán lugar en uno de los centros de recreación de Aurora y durarán aproximadamente 30 minutos. Para obtener más información, por favor envíe un correo electrónico arise@auroragov.org

Por favor complete todos los datos requeridos e incluya cualquier información adicional que pueda ser útil. Esta hoja debe estar en el expediente del participante antes de que este pueda comenzar o participar en el programa.

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ EDAD: ____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ TELÉFONO: _____

DISCAPACIDAD: _____ FECHA DE COMIENZO DE LA DISCAPACIDAD: ____/____/____

AGENCIA A LA QUE ASISTE: (escuela, agencia, residencial, vocacional) _____

PERSONA DE CONTACTO: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TRABAJO: _____ CELULAR: _____

DIRECCIÓN: _____ Código postal _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿El participante utiliza una silla de ruedas? S N En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____
2. ¿Otros dispositivos para caminar? S N ¿De qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____
3. ¿Puede el participante trasladarse de forma independiente? S N
4. ¿El participante tiene convulsiones? S N ¿De qué tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Describe la reacción física del participante durante una convulsión: _____
5. ¿El participante tiene alergias? S N Por favor, enumere: _____
Reacción: _____
6. El participante utiliza/lleva puesto/necesita (marque con un círculo todas las opciones que correspondan):

dispositivos protésicos	comunicación verbal	ayuda para alimentarse
dispositivos ortopédicos	tablero o dispositivo de	ayuda para vestirse
espejuelos	lenguaje de signos	ayuda con el dinero
lentes de contacto	ayuda para escribir	ayuda para permanecer en el
audífonos	ayuda para ir al baño	ayuda para nadar
ayuda para leer	pañal	ayuda para entrar a la piscina
ayuda con medidas de seguridad	catéter	precauciones si está al sol/hace

Utilice las siguientes líneas para enumerar limitaciones físicas, restricciones o cualquier otra información importante:

Por favor, complete el reverso de este formulario

MEDICAMENTO:

Indique los medicamentos, la dosis y la frecuencia: _____

¿Tomará el participante algún medicamento durante el programa? S N

¿El participante es capaz de automedicarse? S N

COMPORTAMIENTO/PERSONALIDAD

Comportamiento general y rasgos de la personalidad: _____

¿El participante tiene un plan de comportamiento específico en la casa o escuela? S N (en caso afirmativo, incluya una copia)

¿El participante es verbal o físicamente agresivo con los demás o consigo mismo? S N

Cualquier otra información relativa al comportamiento o a la gestión del comportamiento _____

LLAVE/ESTAR SOLO EN CASA

El participante tendrá una llave de su casa: S N

El participante está autorizado para quedarse solo en casa: S N

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: EN CASO DE QUE NO PUEDAN LOCALIZARME EN UNA EMERGENCIA MÉDICA, AUTORIZO TRATAMIENTO DE MI HIJO/HIJA/OTRO, _____, PARA PRESERVAR SU VIDA Y PREVENIR UNA DISCAPACIDAD, O PARA QUE EL TRATAMIENTO PUEDA REALIZARSE SIN DEMORA.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR _____ FECHA _____

PERMISO PARA FOTOGRAFÍAS: Entiendo y acepto que mi fotografía puede ser tomada mientras participo en las actividades de la Ciudad de Aurora y que dichas fotografías pueden ser publicadas y utilizadas con fines promocionales.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/PARTICIPANTE _____ FECHA _____

DECLARACIÓN PERSONAL DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: ENTIENDO QUE LAS ACTIVIDADES Y SERVICIOS REGISTRADOS PUEDEN TENER UN ELEMENTO DE RIESGO O PELIGRO INHERENTE, Y ASUMO LA PLENA RESPONSABILIDAD DE MIS ACCIONES Y MI CONDICIÓN FÍSICA. Por medio de la presente, libero a la Ciudad de Aurora, a sus empleados y funcionarios electos y designados, y a cualquier otro representante de la Ciudad de Aurora, de toda responsabilidad por cualquier lesión que sufra o daño a mi propiedad que pueda resultar de mi participación en la actividad. Esta exención será vinculante para mí y para cualquier otra persona que presente una reclamación a través de mí o en mi nombre.

CONDUCTA DURANTE EL PROGRAMA: SE DEBE MANTENER UN COMPORTAMIENTO SOCIAL ADECUADO. LOS COMPORTAMIENTOS PERJUDICIALES DARÁN LUGAR A LA SUSPENSIÓN O EXPULSIÓN DEL PROGRAMA, Y SE REEMBOLSARÁN LOS SALDOS DE LAS CUOTAS CON LA EXCEPCIÓN DE LOS PAGOS A TERCEROS.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/PARTICIPANTE _____ FECHA _____

Además de la exención y la autorización expresadas anteriormente, yo, el padre, madre o tutor abajo firmante del participante mencionado, que es un menor de **18 años**, en mi nombre, en nombre del otro progenitor del menor y en nombre del menor participante, por medio de la presente, libero y eximo a la Ciudad de Aurora, sus empleados, funcionarios electos o designados, y sus agentes o representantes, de toda responsabilidad, reclamaciones o demandas por lesiones físicas del menor mencionado, o por daño a la propiedad del menor mencionado, así como de gastos incurridos, incluyendo honorarios de abogados y costos judiciales, y de otras responsabilidades de cualquier naturaleza en la que pueda incurrir el menor participante o que puedan surgir de las actividades del menor participante durante las actividades en la Ciudad de Aurora según lo indicado anteriormente. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que se pueden tomar fotografías de mi hijo(a) durante su participación en las actividades de la Ciudad de Aurora, y que tales fotografías pueden ser publicadas y utilizadas con fines promocionales.

Firma del padre, madre o tutor si el participante es menor de 18 años:

Firma _____

Fecha _____

DEBE DEVOLVER ESTE FORMULARIO ANTES DE COMENZAR A PARTICIPAR
Por correo electrónico: arise@auroragov.org o correo postal: 800 Telluride St. Aurora 80011

