

**CIUDAD DE AURORA
Parks, Recreation and Open Space**

**RECREACIÓN TERAPEUTICA
FORMULARIO DE INFORMACIÓN ANUAL DEL PARTICIPANTE
2020**

PROCESO PARA NUEVO PARTICIPANTE CONSULTA DE ADMISIÓN

Favor de completar y devolver este formulario. Cuando hayamos recibido su formulario, nos pondremos en contacto con usted para programar una reunión con el padre/tutor o facilitador y el cliente que está interesado en participar en el programa. Esta reunión le permite expresar cualquier pregunta, permite a los participantes conocer al personal terapéutico y sirve como una vía de recomendaciones para el programa. Las reuniones serán programadas en un centro recreacional en Aurora y duran aproximadamente 30 minutos. Para más información favor de llamar a Brea Bolks al 303.326.8410.

Favor de llenar el formulario completamente e incluya cualquier información adicional que sea útil. Esta forma es requerida antes de que el participante pueda iniciar/participar en el programa.

INFORMACION GENERAL

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

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

CODIGO POSTAL: _____ NUMERO TELEFONICO: (____) _____

DISCAPACIDAD: _____ FECHA DE INICIO: ____/____/____

AGENCIA QUE ASISTE: (escuela, agencia, residencial, profesional) _____

PERSONA DE CONTACTO: _____ TELEFONO: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____ RELACIÓN: _____

Nº TEL. DEL HOGAR: _____ Nº TEL. TRABAJO: _____ Nº TEL. MOBIL: _____

DIRECCIÓN: _____ CODIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

INFORMACION MÉDICA

1. ¿Usa el participante una silla de ruedas? Si No, Si es asi ¿Qué tipo? _____

2. ¿Otro aparato para caminar? Si No, Si es asi ¿Qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____

3. ¿Puede el participante transferirse independientemente? Si No

4. ¿Tiene el participante convulsiones? Si No, Si es asi ¿Qué tipo? _____ ¿Frecuencia? _____

Describe la reacción física durante una convulsión: _____

5. ¿Tiene el participante alergias? Si No, Si es asi Especifique: _____

Reacción: _____

6. Usa o necesita el participante: (Marque lo que corresponda)

prótesis	comunicación verbal	asistencia al alimentarse
aparatos ortopédicos	tablero/aparato de comunicación	asistencia al vestirse
lentes	lenguaje de señas	asistencia con dinero
lentes de contacto	asistencia al escribir	asistencia en quedarse en el grupo
aparato del oído	asistencia para ir al baño	asistencia al nadar
asistencia al leer	pañales	asistencia al entrar a la piscina
asistencia de la seguridad	catéter	precaución solar/calor

Favor de usar las siguientes líneas para especificar las limitaciones físicas, restricciones o cualquier otro tipo de información importante: _____

MEDICACIÓN

Favor de indicar los medicamentos, la dosis y la frecuencia: _____

¿Tomará el participante algún medicamento durante el programa? Si No

¿Es capaz el participante de auto medicarse? Si No

COMPORTEAMIENTO/PERSONALIDAD

Comportamiento general y características de personalidad: _____

¿Tiene el participante un plan de comportamiento específico en casa/escuela? Si No, Si es asi favor de incluir una copia.

¿Es físicamente o verbalmente agresivo el participante hacia otros o hacia sí mismo? Si No

Cualquier otra información relacionada con el comportamiento o la conducta _____

PARTICIPANTE QUE TIENE LLAVE/SOLO EN CASA

El participante tendrá la llave de la residencia: Si No

El participante está autorizado a quedarse solo en casa: Si No

Metas al asistir el programa

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: EN CASO DE QUE NO ME PUEDAN CONTACTAR EN UNA EMERGENCIA MÉDICA, AUTORIZO TRATAMIENTO PARA MI HIJO/HIJA/OTRO. _____, PARA PRESERVAR LA VIDA Y PREVENIR LA INCAPACIDAD DE COMENZAR SIN DEMORA.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

COMUNICADO DE FOTOS: Entiendo y acepto que mi foto puede ser tomada mientras participo en actividades de la Ciudad de Aurora y tales fotografías pueden ser utilizadas en publicaciones y propósitos promocionales.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/PARTICIPANTE _____ FECHA _____

DECLARACION PERSONAL: YO ENTIENDO QUE LAS ACTIVIDADES REGISTRADAS Y SERVICIOS PUEDEN TENER UN ELEMENTO DE PELIGRO O PELIGRO INHERENTE Y ASUMIR LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE MIS ACCIONES Y CONDICION FISICA. Por la presente yo libero a la Ciudad de Aurora, a sus empleados, funcionarios electos, personal asignado y cualquier otro representante de la Ciudad de Aurora de toda responsabilidad por cualquier daño a mí o a mi propiedad que pueda resultar de mi participación en la actividad. Esta liberación será obligatoria para mí y para cualquier otra persona que haga un reclamo a través de mí o en mi nombre.

CONDUCTA DEL PROGRAMA: EL COMPORTEAMIENTO SOCIAL APROPIADO ES RECALCADO, EL COMPORTEAMIENTO PERJUDICIAL RESULTARA EN LA SUSPENSION/RETIRO DEL PROGRAMA Y LOS BALANCES DE LAS CUOTAS SERAN REEMBOLSADAS CON LA EXCLUSION DE LOS PAGOS DE TERCERAS PERSONAS.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/PARTICIPANTE _____ FECHA _____

En adición de la exención anterior y la liberación, yo el abajo firmante padre/tutor del participante mencionado que es menor de **18 años de edad**, hacer por mí mismo, por el otro padre del niño, por y en nombre de mi hijo(a) participante. Por medio de la presente, exenciono y libero a la Ciudad de Aurora, sus empleados, funcionarios electos, personal asignado y cualquier otro representante de la Ciudad de Aurora de toda responsabilidad, reclamos o demandas por lesiones corporales al niño anteriormente mencionado o por daños a la propiedad del niño anteriormente mencionado asi como también gastos incluyendo honorarios de abogados, costos judiciales y cualquier otra responsabilidad de cualquier naturaleza que pueda ser incurrida por el niño participante o que pueda surgir de las actividades del participante en la Ciudad de Aurora como se mencionó anteriormente. También entiendo y estoy de acuerdo en que la fotografía de mi hijo(a) pueda ser tomada mientras participa en las actividades de la Ciudad de Aurora y tales fotografías pueden ser usadas en publicaciones y propósitos promocionales.

Firma del padre o tutor si el participante es menor de 18 años de edad: _____ Fecha _____

ESTE FORMULARIO DEBE SER DEVUELTO ANTES DE PARTICIPAR

Enviar por correo electrónico: bbolks@auroragov.org o por correo postal: 800 Telluride St. Aurora, CO 80011