

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

COMPORTAMIENTO/PERSONALIDAD

Comportamiento general y características de personalidad: _____

¿Tiene el participante un plan de comportamiento específico en casa/escuela? Si No, Si es así 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

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 COMPORTAMIENTO SOCIAL APROPIADO ES RECALCADO, EL COMPORTAMIENTO 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 así 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:

Firma _____ Fecha _____

**ESTE FORMULARIO DEBE SER DEVUELTO ANTES DE PARTICIPAR ENVIAR A:
THERAPEUTIC RECREATION PROGRAM
800 Telluride St.
Aurora, CO 80011**