

FORMA DE PERMISO Y DE LA RESPONSABILIDAD

Girls Incorporated of Greater Houston

(Por favor escriba legiblemente.)

Nombre de la Niña _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Grado ____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre del Guardián Primario _____ Email _____

Teléfono (de día) _____ (de noche) _____ (celular) _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA: La información obtenida será mantenida anónima.

Etnicidad: (Opcional)	Lengua: (Optional)	El Ingreso Familiar: (Opcional)	Tamaño de la Familia: (Optional)	Configuración de la Familia: (Opcional)
<input type="checkbox"/> Asian American o Pacific Islander <input type="checkbox"/> African American o Black <input type="checkbox"/> Hispanic o Latina <input type="checkbox"/> Native American o American Indian <input type="checkbox"/> White, European American o Anglo <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra (indique por favor) _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otra (indique por favor) _____	<input type="checkbox"/> less than \$ 10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 to \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,000 to \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 to \$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,000 to \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 to \$50,000 <input type="checkbox"/> More than \$50,000	<input type="checkbox"/> 1 - 3 <input type="checkbox"/> 4 - 5 <input type="checkbox"/> 6 or more	La niña vive con: <input type="checkbox"/> Los dos Padres <input type="checkbox"/> Madre solamente <input type="checkbox"/> Padre solamente <input type="checkbox"/> Uno de los padres a la vez (la custodia compartida) <input type="checkbox"/> Ninguno de los padres (e.g. padre de acogida, abuelos o otros familiares, orfanatorio)

INFORMACIÓN DE LA SALUD La información obtenida será mantenida confidencial y será utilizada para mejorar nuestros programas para niñas con necesidades especiales.

Condiciones Médicas

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2
<input type="checkbox"/> Neurological – Explique por favor: _____
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas (o otro equipo médico) – Explique por favor: _____
<input type="checkbox"/> Otro disorden – Explique por favor: _____ | <input type="checkbox"/> Desorden retrasa de desarrollo / retrasa de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Problemas de los ojos (sin incluir el uso de anteojos)
<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Anemia de célula de hoz / Sickle Cell
<input type="checkbox"/> Problemas del Corazon
<input type="checkbox"/> Infeccion cronica del oido |
|---|---|

Otra Información de la Salud

Alergias a medicamentos _____ Alergias a comidas _____
 Medicaciones tomada por el participante _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: Persona a la cual notificar en caso de emergencia (si padres/guardiánes no pueden ser localizados)

Nombre _____ Parentesco/Relación _____

Teléfono (de día) _____ Teléfono (de la noche) _____

Doctor _____ Teléfono: _____

Seguro Médico/Proveedor de Cuidado Médico _____

Acuerdo de Liberación de Responsabilidad

Yo, como padre, madre o guardián de _____(nombre de niña) la autorizo a participar en programas de Girls Inc. En consideración de esta participación, libero a Girls Incorporated of Greater Houston, sus empleados, voluntarios de cualquier responsabilidad, pérdida ó reclamo, demanda, acción o causa de acción que resulte ó sea ocasionada en cualquier forma por dicha participación.

Yo doy mi permiso para lo de arriba (Favor de poner iniciales aquí)_____

Permiso para Obtener Asistencia Médica

Yo autorizo a Girls Incorporated of Greater Houston que obtenga asistencia médica para la niña en caso de una emergencia médica. El adulto presente será responsable por arreglar la atención médica en caso de una emergencia si yo no puedo ser alcanzado. Yo entiendo que soy responsable por el costo de servicios medicos cuales incluyen el transporte de la niña en ambulancia, servicios médico antes de llegar al hospital, a todos los servicios del hospital y del médico, cirugía y/o dental, necesarios para el bienestar de la niña.

Yo doy mi permiso para lo de arriba (Favor de poner iniciales aquí)_____

Permiso para Fotografías y otros Medios de Comunicación

Yo autorizo a Girls Incorporated of Greater Houston, sus agentes, y a otros trabajando por o por sup arte a usar la imagen/el parecido/la voz de mi hija en fotografías, diapositivas, producciones de video, cobertura de radio, cobertura televisiva, entrevistas, recomendaciones y cualquier otros medios de comunicación con el propósito de dar publicidad a o prepresentar a Girls Incorporated y sus programas. También le concede permiso y transfiero a Girls Incorporated todos los derechos, títulos, y interés en los medios de comunicación escritos arriba incluyendo, pero no solo, cualesquiera regalías, recaudación, o otros beneficios obtenidos de estas fotografías o grabaciones.

Yo doy mi permiso para lo de arriba (Favor de poner iniciales aquí)_____

Esta forma deberá ser completada y sometida a la escuela o club de su hija/niña. Solamente cierta la cantidad de niñas podran participar. La matriculación se basa en la rapidez en la cual se recibe el formulario.

Girls Inc. no compartirá la información personal de su hija/niña con nadie sin obtener el permiso de los padres/guardián primero. En casos donde participantes nos informan que están siendo abusadas por alguien (físicamente, sexualmente, emocionalmente) o si indicant que desean lastimarse o ha alguien mas, Girls Inc. calcelará la confidencialidad y reportará la informacion a las autoridades.

Yo estoy de acuerdo con seguir las reglas y cooperar con Girls Inc. para asegurar que me hija/niña obdezca las reglas de Girls Inc. of Greater Houston y las reglas del sitio de Girls Incorporated. Yo reconozco que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la información y las responsabilidades.

Firma de Padre/Guardián

Nombre de Padre/Guardián

Fecha