

## MADRE/PADRE/INFORMACIÓN DEL GUARDIÁN (completar todo lo que corresponda.)

Primer Nombre de MADRE	Apellido	Empleador	Teléfono de Celular	Teléfono de Trabajo
Dirección de Casa		Ciudad	Estado	Código Postal
Primer Nombre de PADRE	Apellido	Empleador	Teléfono de Celular	Teléfono de Trabajo
Dirección de Casa		Ciudad	Estado	Código Postal
Primer Nombre de GUARDIÁN	Apellido	Empleador	Teléfono de Celular	Teléfono de Trabajo
Dirección de Casa		Ciudad	Estado	Código Postal

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (se requieren dos contactos que no residan en la misma casa.)

Primer Nombre	Apellido	Teléfono de Celular	Teléfono de Trabajo	Puede Recoger <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer Nombre	Apellido	Teléfono de Celular	Teléfono de Trabajo	Puede Recoger <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### **NO PUEDE RECOGER**

existe una orden judicial que restringe el contacto de cualquier persona con su niña?  Sí  No por favor explique:  
(Nota: es responsabilidad del Madre/Padre/Guardián proporcionar una copia del documento.)

## PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y CONSENTIMIENTO MEDICO

<b>Los Proveedores de Atención Médica de Mi Familia</b>	
Nombre del Doctor y Número de Teléfono:	
Nombre del Dentista y Número de Teléfono:	
<b>Consentimiento Médico de Emergencia</b>	
<p>En el caso de que no pueda comunicarse conmigo y mi hijo requiera tratamiento médico, dental o quirúrgico mientras esté bajo el cuidado de Girls Inc. de la ciudad de Sioux, Por la presente doy permiso al hospital, médico, dentista o sus designados para administrar la atención/tratamiento médico, dental o quirúrgico que sea apropiado o que se considere necesario. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos y tarifas que resulten de cualquier atención/tratamiento médico, dental o quirúrgico de emergencia para mi hijo según lo asegurado o autorizado bajo este consentimiento. Este consentimiento permanecerá vigente desde la fecha de presentación hasta el momento en que mi hijo ya no esté inscrito en Girls Inc of Sioux City.</p>	
Firma del Madre/Padre/Guardián:	Fecha:

## CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Certifico que toda la información en este formulario de inscripción es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que mi hijo/hijos deben cumplir con los requisitos de edad y deben poder funcionar adecuadamente en un entorno grupal. Además, entiendo que la inscripción de mi hijo(s) no está completa hasta que yo haya enviado/completado todos los formularios y tarifas requeridos y su inscripción haya sido confirmada. Entiendo que todas las tarifas pagadas no son reembolsables y que seré responsable de todas las tarifas asociadas con las sesiones en las que las inscriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del Madre/Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\* PAGINA 1 de 2 \*\***

### ESTA SECCIÓN SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Date Enrollment Received: \_\_\_\_\_

Date Enrollment Completed: \_\_\_\_\_

New

Enrollment Form Complete

Food Form Returned

Activity Fee Paid

Returning

Parent Responsibilities Returned

Orientation Attended

Survey Consent Form

## SELECCIONAR SESIÓN(ES)

Sesión 1: Mayo 31 - Julio 1

Sesión 2: Julio 11 - Agosto 12

Lunes-Viernes 7:30am-5:30pm

## REGISTRO DE NIÑA

(Edades 6-18. Debe cumplir 6 años dentro de los 30 días posteriores al inicio de la sesión.)

Primer Nombre	Apellido	La Edad	Fecha de Nacimiento	La Escuela	Grado de '22	Talla de Camisa
			/ /			Juvenil: S M L Adulta: S M L XL

## INFORMACIÓN SOBRE LA ETNICA/HERENCIA RACIAL

(Seleccione 2 o más para multirracial.)

Indio Americana/Nativa de Alaska  Asiática  Negra/Afroamericana  Hispanico/Latino  Isleña de Pacifico  Blanca

NOTA: la información étnica/racial es solo para fines estadísticos para subvenciones y otros financiadores. Esta información es confidencial y no se compartirá con ninguna información de identificación.

## IDIOMA(S) HABLADO EN CASA

Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

## LA NIÑA VIVE CON

(marque todo lo que corresponda):  Madre  Padre  Guardián  Otro: \_\_\_\_\_

## DIRECCIÓN DE NIÑA (si ella no vive con el madre, padre o guardián)

Dirección y Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

## INFORMACIÓN DE SALUD DE NIÑA

(Por favor proporcione informacion completa para que podamos satisfacer mejor sus necesidades.)

Alergias o Restricciones?  Sí  No (En caso que sí, que sucede después de contacto y severidad):

Operaciones o enfermedaoles?  Sí  No (En caso que sí, describir):

Problemas de Conducta/Emocional/Trauma?  Sí  No (En caso que sí, describir):

Medicamentos Regulares?  Sí  No (En caso que sí, enumere todos los medicamentos incluso sino se administran en Girls Inc.):

Girls Inc. administrará medicamentos?  Sí  No (En caso que sí, que medicamentos, describir):

IEP en la escuela?  Sí  No (En caso que sí, por favor adjunte una copia):

Contacto mejor de IEP:

Podemos darle Tylenol a su hijo si es necesario?  Sí  No

Preocupaciones Confidenciales/Asuntos/Historia (Por favor marque eso se aplica a su hija.)

- |   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> exceso de peso/aptitud fisica  | <input type="checkbox"/> estrés/ansiedad/preocupación | <input type="checkbox"/> luchas en la escuela          | <input type="checkbox"/> problemas de ira    | <input type="checkbox"/> madre/padre en prisión    |
| <input type="checkbox"/> bajo peso/no come              | <input type="checkbox"/> haciendo/mantener amigas     | <input type="checkbox"/> leyendo/escribiendo           | <input type="checkbox"/> peleón/es acosado   | <input type="checkbox"/> cuidado de crianza/abrigo |
| <input type="checkbox"/> imagen corporal                | <input type="checkbox"/> perfeccionismo               | <input type="checkbox"/> problemas de atención/enfoque | <input type="checkbox"/> abuso sexual pasado | <input type="checkbox"/> pasado sin hogar/actual   |
| <input type="checkbox"/> nutrición/desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> timidez/retraído             | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (diagnosticada)      | <input type="checkbox"/> trauma (explique)   | <input type="checkbox"/> higiene                   |

Otro/explique:

## MI HIJA TIENE UNA TRABAJADORA SOCIAL

Sí  No

Primer Nombre	Apellido	Número de contacto	<input type="checkbox"/> Sí, se reunirá en Girls Inc.