



4. _____

Contactos en caso de Emergencia (Aparte del Medico):

Las personas autorizadas para recoger mis niños/as en caso de emergencia son las siguientes. **(Proveer por lo menos una persona con identificación categórica**, que es necesaria antes de dejar ir a su hijo/a.)

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

De Licencia de Manejar: _____ **Parentesco:** _____

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

De Licencia de Manejar: _____ **Parentesco:** _____

Información Médica

Nombre de Medico Primario: _____

Teléfono: _____

¿Su niño/a va a necesitar algún tipo de cuidado de enfermería al estar con nosotros como medicamentos, tratamientos respiratorios, alimentación por tubo, ect.?

Por favor describa el diagnosis de su niño/a.

Nombre de Hospital Preferido: _____

Necesidades de Salud (si es aplicable): _____



Medicamentos: Ponga en lista todos los medicamentos que su niño/a está tomando y el propósito de cada uno. Sea consiente que el personal del programa de respiro NO administrara medicamentos a SOLO QUE el niño/a este inscrita en el programa de Rayitos de Luz y este bajo el cuidado de nuestras enfermeras. Haga lista de todos los medicamentos (incluyendo medicinas del mostrador) ya sea que vayan a ser dadas durante el tiempo de respiro o no. Medicamentos deben de ser suministradas in botellas de medina con el nombre del niño/a, nombre del medicamento, y la dosis correcta. Una botella por cada medicamento. Toda medicina del mostrador (sin prescripción) debe de ser anotada y firmada por la enfermera.

Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Horario	Razón por ser dada
1. _____ _____	_____	_____	_____	_____
2. _____ _____	_____	_____	_____	_____
3. _____ _____	_____	_____	_____	_____
4. _____ _____	_____	_____	_____	_____
5. _____ _____	_____	_____	_____	_____

Médicos: (ponga el medico primario primero)

1. Medico: _____ Especialidad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
2. Medico: _____ Especialidad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
3. Medico: _____ Especialidad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Hospitalizaciones:

- Fecha: _____ Hospital: _____ Razón: _____
- Fecha: _____ Hospital: _____ Razón: _____
- Fecha: _____ Hospital: _____ Razón: _____

Inmunizaciones: ¿Esta su niño/a al corriente con sus inmunizaciones? Si _____ No _____

Si NO, favor de explicar: _____

Enfermedades de Niños: ¿Padeció su niño/a algunas enfermedades de niños? (Sarampión, Varicela, Paperas, etc.) Sí _____ No _____

Fecha y Tipo: _____

Alergias: Su niño/a tiene alguna alergia específica?

Drogas: _____ Reacción: _____

Comida: _____ Reacción: _____

Insectos: _____ Reacción: _____

Otros: _____ Reacción: _____

Precauciones: Ataques, Asma, etc.

Visión: _____ Normal _____ Menoscabo _____ Ciego

Oído: _____ Normal _____ Menoscabo _____ Sordo

_____ Aparato para oír

Habilidad: _____ Caminar _____ Revolcarse _____ Sentarse

_____ Control de Cabeza _____ Gatea _____ Soporte Ortopédico

_____ Muletas _____ Silla de Ruedas _____ Andador

Describa cualquier posición especial que tenga su niño/a: _____

Habilidades Excretorias:

_____ Capacitado para ir solo/a

_____ Capacitado para usar el baño, necesita ayuda.



El voluntario o staff puede ayudar en: _____

_____ Está en aprendizaje

_____ Pañales/Pull-Ups

Hábitos de Comida:

Restricciones o alergias: _____

_____ Ninguna restricciones

_____ Nada por la boca

_____ Solamente comidas blandas

Peticiones específicos: _____

Se Comunica con Otros Usando:

_____ Palabras _____ Frases _____ Oraciones _____ Murmura _____ Gestos

_____ Lenguaje de signos _____ Necesita interprete _____ No necesita Interprete

Otro: _____

Él/Ella Entiende lo Que Otros Dicen:

_____ Todo el tiempo

_____ Casi todo el tiempo

_____ A Veces

Comportamiento: (marque las que aplican)

_____ Extrovertido _____ Tímido

_____ Juega en equipo _____ Juega Solo

_____ Se adapta bien a situaciones nuevas

_____ Se le hace difícil adaptarse a situaciones nuevas

_____ Reacciona bien al ser corregido

_____ Reacciona con dificultad al ser corregido

_____ A veces es destructivo



_____ A veces amenaza a otros

_____ A Veces pega, muerde, o se lastima a si mismo/otros

_____ Súper Activo y/o ADD

Por favor, describa el Problema de conducta de su niño/a (golpea, huye, tira objetos, propio abuso, etc.):

¿Qué paso anteriormente que causo esta conducta? ¿Es siempre reacción de alguna otra cosa?

¿Cuántas veces ocurre esta conducta?

¿Cuál es el escenario más probable que esta conducta suceda? (casa, escuela, trabajo, con desconocidos, etc.)

¿Cuál es la manera más exitosa de tratar con esta conducta?



¿Puede sugerir algún refuerzo positivo para su niño/a (artículos o experiencias que su niño/a disfruta mucho)?

Al separarse de sus padres mi niño/a reacciona con: _____

Mi niño/a se conforma mejor con: _____

Mi niño/a deja saber lo que quiere o necesita con: _____

Otras Cosas que me gustaría saber de tu niño/a:

Tenemos una mascota(s) llamado/a: _____

El juguete/pelucho favorito: _____

¿El juguete vendrá con el niño/a? Si _____ (Póngale su nombre) No _____

El color(es) favorito: _____

Aversiones que le causa terror (ejemplo: perros, ruidos fuertes, ciertas actividades, etc.):

Actividades su niño/a disfruta (por favor circule los que apliquen)

Películas Burbujas Legos Música Leer libros Gimnasio Manualidades

Títeres Perros de terapia Entretenimiento en Vivo Rompecabezas

Pasearse por los pasillos Bloques de Juego



CONVENIO DE PERMISO/AUTORIZACION

Lea con cuidado las siguientes declaraciones y firme con iniciales en el espacio designado indicando que leo, entendió y está de acuerdo con las provisiones.

_____ Todos los datos pertinente acerca de mi niño/a de necesidades especiales han sido reveladas a Lovers Lane United Methodist Church y acepto toda la responsabilidad si falle hacerlo.

_____ Si mi niño/a se inscribió en el programa de Medical Repite dicha Iglesia contratara enfermeras tituladas registradas y vocacionales para que le provean cuidado. Autorizo la organización de enfermeras que proveen el tratamiento o procedimientos a mi niño/a mientras este en este programa. Autorizare por escrito instrucciones y todas las provisiones y equipo necesario para los procedimientos.

_____ Entiendo que los niños/a que no están escritos en el Medical Repite Program, recibirán cuidado por voluntarios entrenados y enfermeras voluntarias. También reconozco que medicamentos y tratamientos no deben ser administrados por enfermeras voluntarias o cualquier miembro del consejo de Respite.

_____ Supliré todo lo necesario para mi niño/a comida, bebidas, merienda y pañales/toallitas para limpiar.

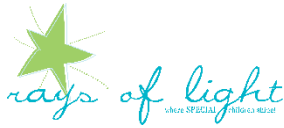
_____ En caso de una emergencia o accidente, le llaman a EMS (911). Autorizo a EMS que apliquen el tratamiento que ellos consideren necesario, ya sea tratamiento médico, medicaciones o equipo. Seré responsable de pagar todos los cargos del servicio de emergencia de mi niño/a, como EMS, hospital y medico

_____ COMO PARTE DE LA CONSIDERACION DE MI NINO/A, _____ SEA PERMITIDO/A EN INSCRIBIRSE Y PARTICIPAR EN ESTAS ACTIVIDADES, YO POR PRESENTE ASUMO TODO RIESGO QUE SEA CONECTADO CON LA PARTICIPACION DE MI NINO/A EN CADA ACTIVIDAD. YO (INDIVIDUALMENT Y DE PARTE DE MI NINO/A) ESTOY DE ACUERDO EN LIBRAR A RAYS OF LIGHT (RAYITOS DE LUZ), LOVERS LANE UNITED METHODIST CHURCH, SUS DIRECTORES Y FIDEICOMISARIOS, PERSONAL, REPRESENTANTES, VOLUNTARIOS, Y OTROS AGENTES PARA CUALQUIER Y TODA RECLAMACION BASANDO EN ALGUNA OCCURENCIA EN CONNECION CON LA PARTICIPACION DE MI NINO/A EN ACTIVIDADES QUE PUEDA RESULTAR EN LESION, DANO, O OTROS PERJUICIOS A MI NINO/A O FAMILIA, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A CUALQUIER RECLAMACION RESULTANDO DE NEGLIGENCIA, Y POR PRESENTE RENUNCIO TALES RECLAMOS.

Confirmo con mis iniciales que leí las declaraciones del convenio permiso/autorizaciones y estoy de acuerdo con los términos designados en cada uno.

Firma: _____ Fecha: _____

(Padre o Guardián)



Autorización de Publicidad

Night Lights es un programa de Descanso diseñado para minorar el estrés de las familias que cuidan a un niño/a con necesidades especiales. Queremos alcanzar todas las familias posible por eso queremos hacer público este programa. El uso de su nombre, y la de sus niños/as o retrato es totalmente voluntario. Si quiere participar in este esfuerzo de ayudar a otras familias familiarizarse con este programa favor de llenar esta forma y nos la regresa.

SI / NO doy permiso para que _____ sea fotografiado/a. La foto puede ser usada para hacer publicidad por medios de la prensa y otros editoriales positivos acerca del programa de descanso.

Firma: _____ Fecha: _____

(Padre o Guardián)

Revisado Por: _____ Fecha: _____

