

FORMA DE AUTORIZACION

Iniciales del padre

Yo estoy de acuerdo y doy permiso:	Servicios de Salud:	Sí	No
De que mi niño/a _____ pueda participar en los siguientes servicios de salud. Entiendo que no se cobrará por cualquiera de los servicios de salud que sean realizados por NINOS, Inc. Entiendo que puedo acompañar a mi niño/a a cualquiera de estas actividades.	Revisión Diaria de salud Vacunas Examen Dental Examen de Ojos/Vista Observación de Salud Mental Examen Físico Examen de Sangre Examen de Tuberculosis Examen de Plomo Medida Evaluaciones/Tasa	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Los empleados del centro están autorizados para obtener (en casos de enfermedad) servicios médico para mi niño(a) cuando no se me pueda localizar. Mi opción preferida es: Hospital: _____ Doctor o Clínica _____ No. de teléfono del Doctor/Clinica: _____ Dirección: _____ Mi niño(a) tiene las siguientes enfermedades, alergias, y/o está tomando el siguiente medicamento por tiempo indefinido: _____			
Autorizo que se de cualquier información médica al personal de Head Start/Early Head Start con el propósito de asegurar un mejor estado de salud para mi niño(a).			
Autorizo al personal a aplicar repelente de insectos a mi hijo/hija con el propósito de prevenir las picaduras de insectos y prevenir la propagación de enfermedades			
Autorizo al personal del centro a conducir paseos de la naturaleza (siempre y cuando el clima lo permita)			
NINOS, Inc. cuenta con mi permiso para copiar y/o publicar fotografías y/o videos de mi niño(a). Estoy de acuerdo que cualquier fotografía y/o video pasa a ser propiedad exclusiva del programa y renuncio a todos los derechos sobre ellos. Renuncio a todos los derechos de inspeccionar y/o aprobar las copias que se vayan a utilizar junto con la fotografía/video y el uso aplicado. La fotografía/video, entera, en parte o composición, puede ser utilizada a como sea necesario y conveniente por la agencia en publicaciones para material educativo, para su publicidad y para cualquier otro propósito legal.			
Mi niño/a puede ir a excursiones del programa, siempre y cuando yo reciba información específica del viaje, fecha, destino, hora de salida y regreso antes de cada viaje. Entiendo que los niños irán acompañados de maestros, asistentes de maestros y voluntarios.			
Si el centro proporciona transportación, (y mi niño(a) es elegible) el autobús pasará por el/ella a la siguiente Dirección _____ entre las ____ a.m./p.m. y las ____ a.m./p.m., y regresado a la misma dirección entre las ____ a.m./p.m. y ____ a.m./p.m.			
Entiendo que en caso que yo no pueda entregar o recoger a mi niño(a), el/ella tendrá que ser entregado(a) y recogido(a) solo por personas autorizadas en esta forma y que sean mayores de 18 años. También entiendo que el centro solo permitirá agregaciones a esta autorización a través de esta forma.			
Nombre: _____	Dirección: _____		
Número de Teléfono: _____	Relación: _____		
Nombre: _____	Dirección: _____		
Número de Teléfono: _____	Relación: _____		
Nombre: _____	Dirección: _____		
Número de Teléfono: _____	Relación: _____		

Yo (nosotros), por medio de la presente, deslindamos legalmente a NINOS, Inc. de toda responsabilidad y obligación que pueda surgir. Yo (nosotros), autorizamos lo antes mencionado. Yo (nosotros), aceptamos las pólizas de este centro de Head Start/Early Head Start y lo libramos de toda responsabilidad en caso de enfermedad, herida, o muerte. Es de mí (nuestro) entendimiento que la información antes mencionada quedará estrictamente confidencial.

Firma del padre/guardián – Fecha

Firma del empleado – Fecha