



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES™  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

## PAQUETE DE KANSAS

TODAS LAS LOCALIDADES EXCEPTO HIGHLANDS Y SANTA FE TRAIL

TODOS NUESTROS PROGRAMAS ESTÁN AUTORIZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DE KANSAS.

ESTOS SON UN CONJUNTO DE DOCUMENTOS QUE SON REQUERIDOS BAJO LA LEY ESTATAL.

## INSTRUCCIONES

1. No devuelva este paquete a la oficina de Youth Development Services.
2. Complete todos los formularios en este paquete.
3. El padre/tutor es responsable de hacer copias.
4. Lleve una copia al Y-club de su hijo.
5. Siempre lleve una copia cuando su hijo(a) asiste a un día de no escuela, día de nieve o campamento de verano. Una copia completa de este paquete debe acompañar a su hijo(a) en todo momento. El personal del YMCA no transferirá este archivo entre sitios.
6. Notifique al supervisor del programa sobre cualquier cambio.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este paquete, por favor póngase en contacto con el/la supervisor(a) o con Youth Development Services.

### YMCA OF GREATER KANSAS CITY YOUTH DEVELOPMENT SERVICES

6901 Shawnee Mission Parkway, Suite #300

Overland Park, KS 66202

T: 816.360.3390 F: 816.931.1847

[KansasCityYMCA.org](http://KansasCityYMCA.org)

### NUESTRA MISIÓN

El YMCA of Greater Kansas City, fundada con principios cristianos, es una organización caritativa con un ambiente comprometido a enriquecer la calidad de su salud espiritual, social, mental y física de la familia, sin exclusión. Una agencia de UNITED WAY.

Revisado 03.2022



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES™  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del menor \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha estado previamente en programas de cuidado infantil?  Si  No

¿Su hijo hace amigos fácilmente?  Si  A veces  No

Describa la personalidad de su hijo a continuación:

---

---

¿Su hijo necesita de algún tipo de ayuda especial? Describa:

---

---

Describa brevemente su estructura familiar y la dinámica en su hogar.

(Por ejemplo, divorcio, nuevos miembros en la familia, número de hermanos, cambios recientes en el hogar)

---

---

¿Toma su hijo algún medicamento a diario?  Si  No

En caso de contestar SI, por favor indique cuál

---

---

¿Alguna vez su hijo ha sido diagnosticado con Alergias, Autismo, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Problemas de escucha o cualquier otro trastorno? En caso de contestar SI, explique  Si  No

---

---

¿En qué áreas el personal podría ayudar en el desarrollo de su hijo?

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Independencia | <input type="checkbox"/> Condición Física    | <input type="checkbox"/> Responsabilidad  | <input type="checkbox"/> Temperamento   |
| <input type="checkbox"/> Paciencia     | <input type="checkbox"/> Compartir con otros | <input type="checkbox"/> Hábitos Sociales | <input type="checkbox"/> Académicamente |
| <input type="checkbox"/> Confianza     | <input type="checkbox"/> Relajación          | <input type="checkbox"/> Otros _____      |   |

¿Cuáles son los pasatiempos, intereses y actividades extracurriculares de su hijo/a?

---

---

Por favor, cite cualquier otra información que sienta que debemos saber acerca de su hijo.

---

---

La ley estatal establece que cualquier niño que tome medicamentos diariamente, independientemente, de si se toman en la YMCA, en la casa o en la escuela, la indicación del doctor para tomar medicamentos de IBP o IEP tiene que estar en el archivo del niño(a).

### NUESTRA MISIÓN

El YMCA of Greater Kansas City, fundada con principios cristianos, es una organización caritativa con un ambiente comprometido a enriquecer la calidad de su salud espiritual, social, mental y física de la familia, sin exclusión. Una agencia de UNITED WAY.



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES™  
 POR UNA VIDA SALUDABLE  
 POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

YMCA use only  
 EMR  Expires \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Notary Expires \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Health Report   
 YMCA Forms

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Información del menor		
Nombre del niño(a)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Escuela	

Información de Padres/Encargados Legales		
Nombre del encargado Legal #1	Parentesco	
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del lugar donde trabaja	Teléfono del Trabajo	
Dirección	Horario	
Ciudad	Estado	Código Postal
Email		
Nombre del encargado Legal #2	Parentesco	
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del lugar donde trabaja	Teléfono del Trabajo	
Dirección	Horario	
Ciudad	Estado	Código Postal
Email		

Contacto de Emergencia *Se requieren 2 contactos por Ley *No pueden ser los padres o el doctor del niño		
Nombre	Parentesco	
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono del trabajo	Teléfono Celular
Nombre	Parentesco	
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono del trabajo	Teléfono Celular

Personas autorizadas para recoger a su hijo en la YMCA (Además de los encargados legales)	
Nombre	Teléfono
Nombre	Teléfono
Nombre	Teléfono
Nombre	Teléfono

Firma	Fecha
<b>Enrollment Status</b> Section _____ FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Days M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Th <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Active Date _____ Discharge Date _____ Staff Name _____ Location _____	

**NUESTRA MISIÓN**  
 El YMCA of Greater Kansas City, fundada con principios cristianos, es una organización caritativa con un ambiente comprometido a enriquecer la calidad de su salud espiritual, social, mental y física de la familia, sin exclusión, Una agencia de UNITED WAY.

**Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas**

Oficina de Salud Familiar  
1000 SW Jackson, Suite 200  
Topeka, KS 66612-1274  
Programa de Guarderías: 785-296-1270 Fax: 785-559-4244  
Página Web: [www.kdheks.gov/kidsnet](http://www.kdheks.gov/kidsnet)



**AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA**

Para tratamiento médico de emergencia se debe contar con un permiso por escrito archivado en la guardería. Consulte con el servicio médico de emergencia local para asegurarse de que este formulario sea aceptable. Referencia Reglamento de Guarderías K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A). Referencia Reglamento de Guarderías para Programas de Edad Escolar K.A.R. 28-4-582(e)(2).

Nombre exacto de la guardería, tal como figura en la licencia.	Licencia #
--	------------

Autorizo a \_\_\_\_\_ (proveedor de cuidados/miembro del personal), que es/son representante(s) de la guardería mencionada en la parte superior para dar consentimiento a todo y cualquier cuidado médico de emergencia que sea necesario para mi niño o joven \_\_\_\_\_ (*nombre y apellido del niño*) mientras el niño o joven se encuentre en custodia de la guardería, entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.  
mes/día/año mes/día/año

¿Tiene el niño cobertura de seguro de salud?  Sí  No

Si lo tiene, llene lo siguiente:

Nombre de la póliza de seguro de salud \_\_\_\_\_ Número de la póliza \_\_\_\_\_  
Programa de asistencia médica \_\_\_\_\_ Número de tarjeta \_\_\_\_\_  
Número de identificación de tarjeta médica militar \_\_\_\_\_

Si lo sabe, fecha de la última vacuna contra el Tétanos: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

Enumere todas las alergias conocidas u otra información acerca de las condiciones médicas de este niño o joven, que sean pertinentes en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor	Fecha de la firma
-------------------------	-------------------

Testigo de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.	Fecha de la firma
---	-------------------

Notarización de la firma del padre o tutor, si así lo requiere el hospital o la clínica local.

<u>Estado de Kansas</u>	
Condado de _____	
Firmado en mi presencia en esta fecha _____	por _____
(Sello, si lo hubiera)	mes/día/año Nombre de la persona
_____	
Firma del notario público	
_____	
Título (y rango)	
Mi designación termina en: _____	



**HEALTH HISTORY FOR CHILDREN AND YOUTH ATTENDING SCHOOL AGE PROGRAMS**

As required by K.A.R. 28-4-590(d) (1), each operator shall obtain a health history for each child or youth, on a form supplied by the department or approved by the secretary. Each health history is to be maintained in the child's or youth's file on the premises. As required by K.A.R. 28-4-590(d)(2), each operator shall require that each child or youth attending the program has current immunizations as specified in K.A.R. 28-1-20 or has an exemption for religious or medical reasons.

**Complete one form for each child or youth attending the School Age Program.**

<b>First and Last Name of the Child or Youth</b>	<b>Gender (M or F)</b>	<b>Date of Birth (MM/DD/YYYY)</b>	<b>First day at this program: (MM/DD/YYYY)</b>
--	------------------------	-----------------------------------	--

<b>First and Last Name of the Child's or Youth's Mother or Guardian</b>
---

<b>Mother/Guardian's Home Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Home Phone # ( )</b>
--	-------------	-----------------	-------------------------

<b>Mother/Guardian's Work Place Name &amp; Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Work Phone # ( )</b>
---	-------------	-----------------	-------------------------

<b>First and Last Name of the Child's or Youth's Father or Guardian</b>
---

<b>Father/Guardian's Home Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Home Phone # ( )</b>
--	-------------	-----------------	-------------------------

<b>Father/Guardian's Work Place Name &amp; Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Work Phone # ( )</b>
---	-------------	-----------------	-------------------------

<b>Names and ages of other children in the Child or Youth's Family (Attach additional page if needed.)</b>
--

<b>Person(s) authorized to pick up the Child or Youth in case of emergency. Include first and last name and Street Address. Attach additional page if needed.</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Phone Number (during program hours):</b>
1.			
2.			
3.			

<b>First and Last Name of Physician &amp; Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Phone Number ( )</b>
--	-------------	-----------------	-------------------------

<b>Name of Hospital Preference in case of emergency.</b>
--

Yes	No	N/A	<b>Complete the following information about medications for this child or youth.</b>
			Will this child or youth need to take any nonprescription or prescription medication during their time at the program?
			If yes above, is there signed permission on file?

Circle any of the following conditions or difficulties that affect this child or youth.			
Allergies	Frequent sore throats/ colds	Ear Infections or Aches	Heart or Lung Conditions
Skin Problems	Asthma	Headaches	Diabetes
Vision	Speech/Communication	Hearing	Emotion/Behavior
Other: Please describe.			

If you circled any of the above conditions, please provide additional information that will help the staff members meet the child's or youth's needs while attending the program. (Attach additional page, if needed.)

Provide additional information about your child or youth that might affect him/her while at the School Age Program including any special needs, restrictions to activities, major changes at home or special instructions. (Attach additional page, if needed.)

Complete the following information about this child's or youth's immunization status.

Yes	No	
		Did this child or youth attend a public or accredited non-public school in Kansas, Missouri or Oklahoma the previous year?
		If yes, are this child's or youth's immunizations current?
X	X	If yes to both of these questions, you do NOT need to complete the immunization history below. If no to either of the above questions, you must complete the immunization history below for this child or youth or attach a copy of the child's or youth's immunization history.

Please give dates in the space below for ALL immunization series completed by this child or youth. Record MM/DD/YYYY.

		1	2	3	4	5
	DPT, DT*, TD (*DT only if child is allergic to DTP)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	
	MMR	/ /	/ /			
Single Dose Only	RUBEOLA (MEASLES)	/ /	/ /			
	MUMPS	/ /	/ /			
	RUBELLA (GERMAN MEASLES)	/ /	/ /			
	HIB (Hemophilus Infl. B) *RECOMMENDED	/ /	/ /	/ /	/ /	
	HBV (Hepatitis B Vaccine) *RECOMMENDED	/ /	/ /	/ /		
	VAR (Varicella-Chicken Pox) *RECOMMENDED	/ /				

Print the First and Last Name of the Person Completing this Health History form	Relationship to the Child/Youth	Date Completed
---	---------------------------------	----------------

If the Health History form was completed by a person other than a Parent/Guardian, who provided you with this information?	What is that person's relationship to the child/youth?
--	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, the information provided on this form is true and correct.	
Signature of person completing this form	Date Signed



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES™  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

## ACUERDO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_

1. Todos los derechos de inscripción, depósitos y / o cuotas aplicables deben ser pagados al momento de la inscripción. Las cuotas por honorarios, depósitos y matrícula no son reembolsables e intransferibles, incluyendo los servicios "No School Day".
2. Los pagos se hacen cada Lunes para los servicios de Y Club de la siguiente semana y cada Viernes para los servicios de campamento de verano de la siguiente semana. Hay un cargo de penalización de \$20 para todos los pagos que se hagan después de la fecha de vencimiento. Los pagos atrasados por más de una semana para servicios de Y Club y más de dos días para los servicios de campamento de verano resultará en una suspensión de servicios hasta que se liquide el pago.
3. En este programa no se aplican créditos en caso de ausencias, vacaciones o falta de uso. El monto de la matrícula no será reducida por ningún motivo. Entiendo que mi hijo será excluido de participar en el programa cuando esté enfermo. No se reembolsarán los honorarios pagados. Las tarifas son basadas en inscripción no en asistencia.
4. Todos los cambios en la inscripción de su hijo deben hacerse con una semana de anticipación por escrito mediante el formulario YMCA Change/Drop form. Si usted elige retirar a su hijo del programa, por favor complete el formulario YMCA Change/Drop form. Puede devolver el formulario en persona a la oficina Youth Development Services o por fax al 816.931.1847.
5. Una tarifa de \$ 1.00 por minuto se le cobrará a cualquier niño que sea recogido después de la hora de cierre. Esta multa se deberá pagar al momento de recoger a su hijo(a). Después de 30 minutos del cierre, se seguirán los procedimientos de emergencia.
6. Entiendo que debo notificar al supervisor del lugar o al director del campamento si mi hijo estará ausente.
7. La YMCA le comunicara por lo menos con 30 días de antelación y de manera escrita a los padres o encargados legales, acerca de cualquier cambio en la tarifa básica.
8. Completaré todos los formularios requeridos, incluyendo los formularios en este paquete, antes de que mi hijo comience en el programa.
9. Doy permiso para que las fotografías y / o vídeos de mi hijo durante las actividades del programa del YMCA Youth Development Services sean utilizadas con fines promocionales.
10. Las autoridades reguladoras y de protección del estado, del condado y locales tienen, por ley, la autoridad para entrevistar a niños o al personal, e inspeccionar y auditar los registros de niños, empleados y/o instalaciones sin consentimiento previo. Entiendo que las copias de los mandatos regulatorios estatales y locales están disponibles en la ubicación del programa para mi revisión.
11. Estoy de acuerdo en indemnizar, eximir de toda responsabilidad a la YMCA, a sus funcionarios, agentes y empleados afiliados con el programa, de cualquier lesión que pueda sufrir cualquier niño o yo durante la participación en los programas de la YMCA Youth Development Services. Acepto no responsabilizar a la YMCA por artículos personales perdidos o robados.
12. En caso de emergencia, le doy permiso a la YMCA para tomar las medidas necesarias para mantener a mi hijo fuera de peligro.
13. Estoy de acuerdo en tener comunicación continúa con la YMCA acerca del desarrollo de mi hijo, comportamiento, necesidades individuales, asistencia y asuntos de contabilidad.
14. A fin de facilitar la participación de las personas con asistencia especial, se harán ajustes razonables sobre una base individual. Estoy de acuerdo en notificar a la YMCA al registrarme acerca de cualquier asistencia especial que mi hijo pueda necesitar, para que así se pueda desarrollar un plan de éxito individual para apoyar a mi hijo.
15. Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas, regulaciones y políticas razonables que la YMCA y / o el distrito escolar pueden especificar.
16. Este acuerdo puede ser finalizado por la YMCA con un día de notificación por escrito.

ENTIENDO Y ACEPTO LAS POLÍTICAS ANTERIORMENTE EXPUESTAS EN ESTE DOCUMENTO. HE COMPLETADO TODOS LOS PASOS REQUERIDOS PARA COMPLETAR EL REGISTRO DE MI HIJO EN EL PROGRAMA DE LA YMCA A TRAVÉS DE LA YOUTH DEVELOPMENT SERVICES, POR LOS DÍAS Y HORAS INDICADAS.

Firma

Fecha

### NUESTRA MISIÓN

El YMCA of Greater Kansas City, fundada con principios cristianos, es una organización caritativa con un ambiente comprometido a enriquecer la calidad de su salud espiritual, social, mental y física de la familia, sin exclusión, Una agencia de UNITED WAY.

Revisado 03.2022



POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES™  
 POR UNA VIDA SALUDABLE  
 POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL

# REMISIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_

Estoy firmando este Acuerdo porque deseo que mi(s) niño(s), si alguno, según mencionado(s) abajo y yo, utilicemos las facilidades, servicios o programas de Young Men's Christian Association of Greater Kansas City (el "YMCA") o porque deseo tener la oportunidad de proveerle servicios a/o para el YMCA, como voluntario(a). Si mi esposo(a) también ha firmado, todo lo referente a "yo", "mi", "mío/a" u otros usos de la primera persona, incluyen y aplican a mi esposo(a) al mismo grado que a mí, a la intención y deseo de mi esposo(a) de atenernos completamente a este Acuerdo.

Como consideración por permitírseme utilizar las facilidades, servicios o programas del YMCA, o proveer servicios a/o para el YMCA como voluntario(a), para cualquier propósito, incluyendo pero no limitándose a la observación o al uso de las facilidades o equipos o participación en cualquier programa afiliado al YMCA, sin importar la localización, yo, para mí, mi(s) hijo/a(s) mencionados abajo y ni cualquier representante personal, heredero y familiar más cercano, reconocido aquí, está de acuerdo y representa que yo, inmediatamente o tan pronto entre o participe, inspeccionaré y consideraré cuidadosamente tales instalaciones y facilidades o el programa afiliado. Yo garantizo que tal entrada al YMCA para observación o uso de cualquiera de las facilidades o equipo o participación de tal programa afiliado, constituye un reconocimiento de que tales instalaciones y todas las facilidades o equipo a partir de entonces y tales programas afiliados han sido inspeccionados y considerados cuidadosamente y que yo encuentro y acepto lo mismo de que estoy seguro y razonablemente apto para el propósito de tal observación, uso o participación.

Como consideración adicional a la oportunidad para mí o mi(s) hijo/a(s), si alguno/a(s) mencionados abajo, de participar en programas o actividades del YMCA o para mí proveer servicios a/o para el YMCA, como voluntario(a) no importa si son en las instalaciones del YMCA o en otro lugar:

- YO AQUÍ LIBERO, DISPENSO Y DESCARGO, tanto a mí como a mi(s) hijo/a(s), cualquier y todos los reclamos o demandas en contra y PROMETO NO DEMANDAR al YMCA, sus directores, oficiales y empleados ("DISPENSADOS") por lesiones mías o de mi(s) hijo/a(s) y cualquier o todos los reclamos o daño a mi propiedad o a la de mi(s) hijo/a(s), o por la pérdida del acompañamiento o afección, causados tanto por negligencia de los DISPENSADOS u otra cosa, que surja o resulte por el uso de las facilidades, servicios o programas del YMCA, por mí o mi(s) hijo/a(s) o mi servicio como voluntario(a) o por el YMCA.
- Yo entiendo bien el riesgo de lesiones para mí o para mi(s) hijo/a(s) o la de otros y al daño a la propiedad – mía, de mi(s) hijo/a(s) o de otros – que puedan resultar por el uso que yo, mi(s) hijo/a(s) le dé o demos a las facilidades, servicios o programas del YMCA o mis servicios como voluntario(a) en o para el YMCA. No obstante, YO ASUMO LA RESPONSABILIDAD TOTAL POR TAL RIESGO. Mi(s) hijo/a(s) y yo gozamos de buena salud y sé que no hay razón por la cual yo o mi(s) hijo/a(s), seamos capaces de utilizar las facilidades, servicios o programas o que yo no tenga la capacidad de proveer servicios como voluntario(a).
- TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO A INDEMNIFICAR, DEFENDER Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD A LOS DISPENSADOS de y contra cualquier demanda por lesiones de personas, daño a la propiedad u otra pérdida, incluyendo sin limitación, reclamaciones asertadas por otros participantes de los programas o actividades del YMCA y miembros del público que los DISPENSADOS podrían incurrir por mi uso, o el de mi(s) hijo/a(s), de las facilidades, servicios y programas o de mi servicio como voluntario(a) para o por el YMCA. Esta indemnización debe sobrevivir al uso de cualquier o todas las facilidades, servicios o programas del YMCA por mí y mi(s) hijo/a(s) y cualquier servicio que yo provea como voluntario(a) al YMCA.

**YO/NOSOTROS PRETENDEMOS QUE ESTE ACUERDO SEA TAN AMPLIO E INCLUSIVO A COMO PERMITA LA LEY APLICABLE. SI ALGUNA PORCIÓN ES CONSIDERADA INVÁLIDA, YO/NOSOTROS PRETENDEMOS SEGUIR UN BALANCE PARA CONTINUAR Y MANTERNOS EN TOTAL EFECTO LEGAL.**

Nombre (s) impreso (s) del niño (s) [Si no hay ninguno, escriba "Ninguno"] \_\_\_\_\_

Firma del miembro, participante del programa o voluntario      Fecha      Firma del cónyuge del afiliado o del participante      Fecha

Firma del miembro, participante del programa o voluntario      Firma del cónyuge del afiliado o del participante

**NUESTRA MISIÓN**  
 El YMCA of Greater Kansas City, fundada con principios cristianos, es una organización caritativa con un ambiente comprometido a enriquecer la calidad de su salud espiritual, social, mental y física de la familia, sin exclusión, Una agencia de UNITED WAY.