



DENVER  
PUBLIC  
SCHOOLS



DISCOVERY LINK  
THE DPS AFTERSCHOOL PROGRAM

## INSCRIPCIONES DE DISCOVERY LINK PARA EL AÑO ESCOLAR 2017-2018

### Lista de comprobación de inscripciones para las familias que regresan al programa

- Verifique el día y la hora del período de inscripción que le corresponde (consulte los detalles en la página siguiente).
- Elija el método para presentar el formulario más conveniente para su familia (por correo electrónico, en persona, en el centro).
- Asegúrese de completar todos los documentos del paquete de inscripción de Discovery Link para 2017-2018 para cada niño.

#### (Los formularios a los que les falte información serán devueltos para que los complete).

- Si no presenta el formulario completo durante el período de inscripción no podremos garantizar que tenga un cupo en el programa.
- Debe incluir una respuesta en cada casilla en blanco, incluso si la respuesta es "ninguno/a" o "N/C" (no corresponde).
- Incluya información médica, necesidades especiales, alergias y cualquier problema médico crónico del niño (si corresponde).
- Consejo útil: es **obligatorio** incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono de un contacto en caso de emergencia. Esta es una de las secciones que suele dejarse en blanco accidentalmente.
- Firme e incluya la fecha donde se indique:
  - Consejo útil: deberá firmar o indicar la fecha en más de 30 ocasiones: busque las flechas.
- Complete el Acuerdo de pago 2017-2018, que incluye la siguiente información:
  - Parte responsable de la cuenta
  - Centro de Discovery Link, programa, cronograma y colegiatura mensual del niño
  - Consejo útil: *indique claramente los días de la semana y si la hora se refiere a a. m. o p. m. cuando sea necesario.*
  - Número de ID de Tuition Express, si corresponde
  - Lea y escriba sus iniciales en los lugares indicados

- 
- Solo para familias que regresan al programa. **Si es necesario**, presente el formulario del examen de salud y la cartilla de vacunación.
    - El especialista del programa de su centro le avisará cuando la cartilla de vacunación y el examen de salud del niño estén por vencer y sea necesario presentar formularios actualizados.
    - NO tiene que presentar un formulario de examen de salud ni la cartilla de vacunación con su inscripción SI los formularios en el expediente de Discovery Link están actualizados y vigentes. Si no está seguro, comuníquese con el especialista del programa para confirmar si los formularios están vigentes.

### Lista de comprobación de inscripciones para familias NUEVAS

- Las familias nuevas deben cumplir con todos los puntos indicados en la lista de comprobación para las familias que regresan al programa indicados en la parte superior de la hoja, sobre la línea punteada.

#### Las familias nuevas deben, además, presentar los siguientes documentos al momento de la inscripción:

- Una copia de la cartilla de vacunación de su hijo o hijos (obligatorio para TODOS los centros)
- Una copia del formulario del examen de salud de su hijo o hijos SOLO SI concurrirá a cualquiera de los siguientes "centros integrales"\*
  - Niños de cualquier edad que concurren a **Valdez, Lincoln, Sandoval, Sandra Todd Williams, CEE y Swigert**
  - Niños de 5 años o menores que concurren a **Isabella Bird, Brown, Roberts o Westerly Creek**
  - Todo formulario de evaluación médica debe estar firmado por el médico e incluir la fecha de la próxima visita de control o visita según las pautas de la AAP
  - Podrá encontrar un formulario de evaluación médica para su doctor en <http://discoverylink.dpsk12.org/family-resources>

\*Los "centros integrales" cuentan con programas que atienden a niños de entre 3 y 4 años así como también a niños en edad escolar. El estado de Colorado exige que estos centros tengan requisitos adicionales para garantizar la salud y el bienestar de los niños más pequeños.



DENVER  
PUBLIC  
SCHOOLS



DISCOVERY LINK  
THE DPS AFTERSCHOOL PROGRAM

## PAQUETE DE INSCRIPCIÓN DE Discovery Link 2017-18

Para más información, visite <http://discoverylink.dpsk12.org/register-your-child/>.

### Entienda cómo funciona el proceso de inscripción

#### *Lea atentamente la siguiente información*

#### **PARA FAMILIAS ACTUALES DE Discovery Link**

- ♦ **La inscripción para estas familias NO se realizará por orden de presentación.**
  - Las familias que ya tienen un niño en Discovery Link tienen el cupo *garantizado* (para ese niño y sus hermanos) si están al día con sus pagos y presentan los formularios totalmente completados dentro del plazo establecido de dos semanas.
  - Recibirá un correo electrónico, a más tardar el 5 de mayo, para confirmar que tiene un cupo.
- ♦ El centro correspondiente ya recibió un formulario previamente rellenado para los estudiantes que ya asistían al programa.
  - Revise los formularios para verificar los datos y si corresponde, actualícelos.
  - Debe firmar y fechar TODOS los campos indicados en el documento.
- ♦ La oficina administrativa de Acoma (1617 S. Acoma St.) aceptará inscripciones impresas.
  - Del 17 al 28 de abril, los días de semana de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
- ♦ Cada centro aceptará las inscripciones impresas en los días y horarios indicados.
  - Para más información, visite <http://discoverylink.dpsk12.org/register-your-child/>\*
- ♦ Las inscripciones escaneadas se pueden enviar por correo electrónico a
  - discovery\_link@dpsk12.org
  - Desde el 17 de abril a las 8:00 a. m. hasta el 28 de abril a las 4:00 p. m.
  - Los archivos deben ser legibles y tener menos de 10 MB.
    - El servidor de DPS rechaza los correos electrónicos con adjuntos que tienen en total más de 10 MB.
    - No se aceptan fotografías tomadas con teléfonos celulares.
  - Recibirá una respuesta automática como confirmación.
  - Si el paquete que envió no está completo, nos pondremos en contacto con usted dentro de las 48 horas hábiles, pero no le reservaremos un cupo.
- ♦ A más tardar el 22 de julio, recibirá un correo electrónico detallado con el cronograma de actividades de su hijo.
- ♦ Todos los paquetes de inscripción llevarán un sello con la fecha y la hora de recepción al momento de su aceptación.
- ♦ La cuota de inscripción NO SE COBRARÁ al momento de la inscripción, sino que se incluirá en la factura del primer mes.

**\*No se recibirán formularios de inscripción en los centros fuera del horario indicado. Este horario se establece para garantizar la calidad del programa y la disponibilidad del personal para atender a sus hijos.**



DENVER  
PUBLIC  
SCHOOLS



DISCOVERY LINK  
THE DPS AFTERSCHOOL PROGRAM

## PAQUETE DE INSCRIPCIÓN DE Discovery Link 2017-18

Para más información, visite <http://discoverylink.dpsk12.org/register-your-child/>.

### Entienda cómo funciona el proceso de inscripción

#### PARA FAMILIAS NUEVAS DE Discovery Link

- ♦ Todas las inscripciones se consideran en el orden en que se reciban y no se garantiza un cupo en Discovery Link.
  - Todos los paquetes de inscripción completos llevarán un sello con la fecha y la hora de recepción al momento de su aceptación.
  - El 8 de mayo se publicará en el sitio web de Discovery Link la cantidad de cupos disponibles en cada centro.
- ♦ La cuota de inscripción NO SE COBRARÁ al momento de la inscripción.
- ♦ Las familias que al lunes 27 de febrero de 2017 estaban en la lista de espera 2016-2017 recibirán los primeros cupos disponibles para familias nuevas, siempre que la documentación esté totalmente completa y se entregue entre el 8 y 12 de mayo.
- ♦ La oficina administrativa de Acoma (1617 S. Acoma St.) aceptará inscripciones impresas.
  - Del 8 al 12 de mayo, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
- ♦ Cada centro aceptará las inscripciones impresas en los días y horarios indicados.
  - Para más información, visite <http://discoverylink.dpsk12.org/register-your-child/>\*
- ♦ Las inscripciones escaneadas se pueden enviar por correo electrónico a [discovery\\_link@dpsk12.org](mailto:discovery_link@dpsk12.org)
  - Desde el 8 de mayo a las 8:00 a. m. hasta el 12 de mayo a las 4:00 p. m. (No envíe inscripciones por correo electrónico antes de las 8:00 a. m. del 8 de mayo).
  - Todo correo electrónico recibido antes de las 8:00 a. m. del 8 de mayo llevará un sello con fecha y hora como recibido el 8 de mayo *al final del día (6:00 p. m.)*.
  - Los archivos deben ser legibles y tener menos de 10 MB.
    - El servidor de DPS rechaza los correos electrónicos con adjuntos que tienen en total más de 10 MB.
    - No se aceptan fotografías tomadas con teléfonos celulares.
  - Recibirá una respuesta automática como confirmación.
- ♦ Se le confirmará por correo electrónico, a más tardar el 19 de mayo, si tiene un cupo o si está en la lista de espera.
- ♦ A más tardar el 21 de julio, recibirá un correo electrónico detallado con el cronograma de actividades de su hijo.
- ♦ Si queda en la lista de espera, recibirá un correo electrónico con la posición de su hijo en la lista, a más tardar el 21 de julio.

**\*No se recibirán formularios de inscripción en los centros fuera del horario indicado. Este horario se establece para garantizar la calidad del programa y la disponibilidad del personal para atender a sus hijos.**

#### PARA FAMILIAS QUE ESTÁN ACTUALMENTE EN LISTA DE ESPERA (al lunes 27 de feb. de 2017)

- ♦ Las familias que al lunes 27 de febrero de 2017 estaban en la lista de espera 2016-2017 recibirán los primeros cupos disponibles para familias nuevas, siempre que la documentación esté totalmente completa y se entregue entre el 8 y 12 de mayo. No se harán excepciones.
  - Por ejemplo, si actualmente su hijo está en 2.<sup>o</sup> lugar en la lista de espera de Bromwell y usted presenta la documentación, su hijo estará en 2.<sup>o</sup> lugar para un cupo en Bromwell y lo obtendrá si queda disponible.
  - Sin embargo, si no queda ningún cupo disponible luego de que todas las familias actuales hayan obtenido uno, no podremos crear cupos nuevos. En ese caso, las familias que actualmente están en la lista de espera y que presenten sus inscripciones conservarán su lugar actual en la nueva lista de espera para 2017-18.
- ♦ Siga el proceso de inscripción para FAMILIAS NUEVAS descrito anteriormente.

**SI TIENE PREGUNTAS  
LLAME A LA OFICINA DE  
INSCRIPCIONES AL  
720-423-1781**

*Esta página ha sido dejada en blanco deliberadamente.*

# Discovery Link



**DISCOVERY LINK**  
THE DPS AFTERSCHOOL PROGRAM

## Acuerdo de pago 2017-2018

(Las tarifas actuales están publicadas en nuestro sitio web en [discoverylink.dpsk12.org](http://discoverylink.dpsk12.org))

Nombre del padre, madre o tutor legal		Teléfono	
Correo electrónico 1		Correo electrónico 2	
Nombre del niño		Edad	Fecha de nacimiento
N.º de ID de estudiante de DPS			
Centro de Discovery Link			
Estados de cuenta por correo electrónico	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	(Si escoge Sí, ya no recibirá estados de cuenta por correo postal).

Marque una opción:	Un solo hijo	Varios hijos	Únicamente campamentos durante el año
Cuota de inscripción de otoño	<input type="radio"/> \$60.00	<input type="radio"/> \$75.00	<input type="radio"/> \$15.00

Elija el calendario a continuación. (mínimo de 3 días)	
Early Risers (6:30 a. m. - hora de comienzo de clases)	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
Kadoodles* (*Solo Sandoval y Lincoln)	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
Después de clases (Salida de la escuela - 6:00 p. m.)	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V

Salidas tempranas los viernes. Solo unos pocos centros de Discovery Link disponen de salidas tempranas los días viernes. Esto no aplica para la mayoría de los centros.		
Viernes de 1 a 3 p. m. (en algunos centros)	SOLO DISPONIBLE EN ROBERTS, ESCUELA DE IDIOMAS DE DENVER Y DENVER GREEN.	<input type="checkbox"/> \$25.00
Viernes de 1 a 6 p. m. (en algunos centros)	PARA ESTUDIANTES INSCRITOS EN UN PROGRAMA DE DURACIÓN MÍNIMA DE 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> \$100.00

Opción de pago automático:
Si actualmente no está inscrito en la modalidad de pago de Tuition Express y desea establecer pagos automáticos, complete el formulario de inscripción de Tuition Express que encontrará en <a href="http://discoverylink.dpsk12.org/family-resources/">http://discoverylink.dpsk12.org/family-resources/</a> .

Asistencia financiera disponible (solo un descuento por familia)	Iniciales del padre, madre o tutor legal
<p>Comprendo que, si solicito asistencia financiera, la misma no se asignará a mi cuenta hasta que la oficina financiera del Departamento de Aprendizaje Ampliado de haya determinado que reúno los requisitos.</p> <p><b>Documentación requerida para la asistencia financiera:</b></p> <p>✓ Solicitud de asistencia financiera completada (disponible en <a href="http://discoverylink.dpsk12.org/family-resources/">discoverylink.dpsk12.org/family-resources</a>)</p>	
<p><b>Servicios sociales</b></p> <p>Comprendo que, como beneficiario del CCAP (Programa de asistencia para guardería infantil), debo presentar una autorización por escrito de mi asistente social del condado para el período de tiempo y centro apropiados. Si no obtengo la autorización escrita, <b>seré responsable de todos los cargos de la colegiatura y cuotas de inscripción al momento de la inscripción.</b></p> <p>Número de caso CCAP: <input type="text"/></p>	

<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA - OFFICE USE ONLY</b>	Received By (Name):	Date:	Time:
---	---------------------	-------	-------

CALENDARIO DE PAGOS

Pago	Fecha del ciclo de facturación	Fecha de vencimiento de la colegiatura y fecha de cobro de Tuition Express	Cargo por mora	Fecha de baja por falta de pago	Período de cobertura
1 de 9	15 de agosto	9/1/17	9/8/17	9/15/17	8/21/17 – 9/30/17
2 de 9	15 de septiembre	10/2/17	10/9/17	10/13/17	10/1/17 – 10/31/17
3 de 9	15 de octubre	11/1/17	11/8/17	11/17/17	11/1/17 – 11/30/17
4 de 9	15 de noviembre	12/1/17	12/8/17	12/15/17	12/1/17 – 12/31/17
5 de 9	15 de diciembre	1/5/18	1/12/18	1/19/18	1/1/18 – 1/31/18
6 de 9	15 de enero	2/1/18	2/8/18	2/16/18	2/1/18 – 2/28/18
7 de 9	15 de febrero	3/1/18	3/8/18	3/16/18	3/1/18 – 3/31/18
8 de 9	15 de marzo	4/2/18	4/9/18	4/20/18	4/1/18 – 4/30/18
9 de 9	15 de abril	5/1/18	5/8/18	5/18/18	5/1/18 – 5/31/18

TÉRMINOS DE PAGO <i>(Lea y firme con sus iniciales todas las declaraciones)</i>	Iniciales del padre, madre o tutor legal
<b>PAGO.</b> Una vez que la inscripción de su hijo esté asegurada, nos comunicaremos con usted para confirmar el centro de inscripción, horario y su modalidad de pago preferida. Luego de confirmada la inscripción, deberá abonar la cuota de inscripción y establecer una modalidad de pago.	
<b>REQUISITOS.</b> Al momento de la inscripción, deberá presentar el formulario de evaluación médica completo (firmado por el médico y con la fecha de la próxima cita médica) y la cartilla de vacunación.	
<b>FACTURAS.</b> Comprendo que Discovery Link generará y me enviará facturas mensuales el día 15 de cada mes.	
<b>FECHA DE PAGO.</b> Comprendo que es mi responsabilidad pagar mensualmente la colegiatura el primer día hábil de cada mes.	
<b>CARGO POR MORA.</b> Comprendo que, si mi pago no es recibido dentro de los 5 días hábiles posteriores a la fecha de vencimiento de la colegiatura, se debitará de mi cuenta un cargo por mora <i>no reembolsable</i> de \$25.	
<b>TARIFA POR SERVICIOS.</b> Comprendo que, por cada cheque devuelto, se cobrará un cargo de \$30.	
<b>CANCELACIÓN DEBIDO A SALDO IMPAGO.</b> Comprendo que si para la fecha de baja por falta de pago aún no se recibió mi pago, se cancelará la inscripción de mi hijo.	
<b>REINCORPORACIÓN.</b> Entiendo que si mi hijo es dado de baja por un saldo no pagado, debo comunicarme con la oficina de inscripción de Discovery Link para obtener la información de los requisitos de reincorporación antes de volver al programa.	
<b>FACTURACIÓN DIVIDIDA.</b> Discovery Link no procesará facturación dividida entre dos padres o tutores legales en <u>una</u> misma cuenta. Comprendo que si opto por crear <u>dos</u> cuentas para dividir la facturación del programa, cada padre será responsable del pago y, si fuera necesario, deberá inscribirse y solicitar asistencia financiera. Si en alguna de las cuentas no se efectuara el pago, el niño será dado de baja del programa que corresponda a la cuenta impaga.	
<b>RETIRO DEL PROGRAMA.</b> Comprendo que, para retirar al niño del programa, debo completar los formularios apropiados con una semana de anticipación. En caso de no hacerlo, se cobrará el precio completo a mi cuenta por ese ciclo de facturación. Entiendo que el retiro del programa será efectivo cuando reciba confirmación de la oficina de inscripciones de Discovery Link.	
<b>CRÉDITOS O REEMBOLSOS.</b> Comprendo que NO se emitirán créditos ni reembolsos en caso de enfermedad o ausencias regulares. Se considerará el otorgamiento de créditos en casos de enfermedad o ausencias prolongadas cuando se presente la documentación correspondiente firmada por un profesional médico.	
<b>CIERRE DE LA ESCUELA.</b> Comprendo que NO se emiten créditos o reembolsos por los días en que Discovery Link está cerrado debido a cierres escolares o del Distrito o debido a circunstancias tales como inclemencias del tiempo.	
<b>Beneficiarios del CCAP.</b> Comprendo que si recibo asistencia del Departamento de Servicios Sociales es mi responsabilidad proporcionarle a Discovery Link todos los certificados que prueben que reúno los requisitos exigidos. Si no obtengo autorización por escrito, seré responsable de todos los cargos de la colegiatura y cuotas de inscripción.	
<b>Beneficiarios del CCAP.</b> Comprendo que soy responsable de pagar los cargos asignados a padres, días no programados, las multas por recoger tarde al niño y los costos de cualquier otro cuidado no autorizado cargado a mi cuenta. (escriba N/C si no corresponde)	

Comprendo que, al firmar este documento, soy completamente responsable del pago de todas las cuotas de Discovery Link según los Términos de pago.

Firma del padre, madre o tutor legal	Fecha
Nombre en imprenta del padre, madre o tutor legal	

# Tarjeta de información para el Discovery Link 17-18



**DENVER  
PUBLIC  
SCHOOLS**



**DISCOVERY LINK**  
THE DPS AFTERSCHOOL PROGRAM

## INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

Nombre		Inicial del 2.º nombre	Apellido	
Fecha de nacimiento	Sexo: Masc. Fem.	Edad	Grado	
Grupo étnico al que considera que pertenece el niño: (El Programa Federal de Alimentos requiere la identificación del grupo étnico)				
Centro de Discovery Link:			FECHA DE INICIO: <b>8/21/2017</b>	

## \*\*INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

El niño vive con: (encierre una o más opciones en un círculo)	Madre	Padre	Otro (especifique)
---	-------	-------	--------------------

<b>MADRE/TUTOR LEGAL</b>	Nombre	Apellido		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Tel. de casa		Celular/buscapersonas		
Nombre del empleador				
Dirección del empleador				
Tel. del trabajo		Ciudad	Estado	Código postal
Nº de contacto durante el horario de Discovery Link:		Orden para contacto de emergencia: (marque uno o encierre en un círculo)	Primero	Segundo

<b>PADRE/TUTOR LEGAL</b>	Nombre	Apellido		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Tel. de casa		Celular/buscapersonas		
Nombre del empleador				
Dirección del empleador				
Tel. del trabajo		Ciudad	Estado	Código postal
Nº de contacto durante el horario de Discovery Link:		Orden para contacto de emergencia: (marque uno o encierre en un círculo)	Primero	Segundo

## Además, las siguientes personas están autorizadas a recoger a mi hijo de Discovery Camp:

Nombre	Relación	Número de teléfono

## \*\*CONTACTOS DE EMERGENCIA ALTERNATIVOS (TODOS DEBEN SER MAYORES DE 18 AÑOS)

Nombre	Parentesco con el niño:	Orden para contacto de emergencia: (MARQUE SOLO UNO)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dirección		Ciudad/estado/código postal			
Tel. de casa	Tel. de la oficina	Celular/buscapersonas			

**\*\*Información obligatoria: la información de contacto completa debe incluir nombre, dirección y número de teléfono donde se indique.**

LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE ESTÁN AUTORIZADAS A RECOGER A MI HIJO Y DISCOVERY LINK PUEDE COMUNICARSE CON ELLAS EN CASO DE EMERGENCIA SI LOS PADRES O TUTORES LEGALES NO PUEDEN SER LOCALIZADOS. (TODOS LOS CONTACTOS DE EMERGENCIA DEBEN SER MAYORES DE 18 AÑOS).

Firma del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 

**\*\*INFORMACIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA**

Nombre del niño \_\_\_\_\_

<b>Nombre del médico</b>		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
<b>Nombre del dentista</b>		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
<b>Hospital preferido</b>		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**\*\*Información obligatoria: la información de contacto completa debe incluir nombre, dirección y número de teléfono del médico, dentista y hospital preferido.**

Por la presente, autorizo al médico mencionado anteriormente para que, por la salud del niño, administre el tratamiento que considere necesario en caso de emergencia. En el caso de no poder comunicarse con el padre, madre o tutor legal, u otra persona que se menciona en este formulario, o si no se proporciona el nombre de un médico, dentista u hospital, el personal queda autorizado por la presente a llamar al 911 para obtener asistencia médica. El personal queda también autorizado para tomar cualquier decisión que, a su juicio, estime necesaria con respecto a la salud del niño anteriormente mencionado.

Firma del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE NECESIDADES ESPECIALES**

¿Su hijo posee alguna discapacidad?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿qué adaptaciones o modificaciones especiales se necesitan?	
¿El niño tiene un Programa educativo individualizado (IEP) o un Plan 504?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿qué adaptaciones o modificaciones especiales se necesitan?	
Marque todas las que correspondan a su hijo.	<input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Déficit de atención (ADD) o déficit de atención con hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	
	<input type="checkbox"/> Habla/lenguaje	<input type="checkbox"/> Autismo/síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/> Vista/audición	
En caso de responder afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, se requiere una reunión con el especialista del programa o supervisor del campamento para que el niño pueda asistir al programa.				Iniciales

**INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS Y ESTADO DE SALUD**

Sí	No	<b>Alergias</b> (explique)
Sí	No	¿Su hijo toma medicación para la alergia? (en caso afirmativo, especifique a continuación)
Sí	No	<b>ASMA</b>
Sí	No	¿Su hijo toma medicación para el asma? (en caso afirmativo, especifique a continuación)
Sí	No	<b>Problemas médicos</b> (que requieren una adaptación especial)
Sí	No	<b>Necesidades nutricionales</b> (que requieren una adaptación especial; puede ser necesario completar otros formularios)
Sí	No	<b>Otros</b> (que requieren una adaptación especial)
Sí**	No	<b>Medicación de emergencia</b> <b>**DEBE proporcionarse una copia actualizada de cada autorización para administrar cada medicación</b>
Indique toda la MEDICACIÓN DE EMERGENCIA que toma el niño:		Iniciales
Sí**	No	<b>¿Su hijo necesitará medicación diaria DURANTE EL HORARIO DEL PROGRAMA O CAMPAMENTO?</b> <b>**DEBE proporcionarse una copia actualizada de cada autorización para administrar cada medicación</b>
Indique toda la MEDICACIÓN DIARIA que deberá administrarse a su hijo durante el <b>horario del programa</b> :		Iniciales
Indique toda la MEDICACIÓN DIARIA que deberá administrarse a su hijo durante los <b>días sin actividades y durante el campamento</b> :		Iniciales
Sí	No	<b>¿Su hijo toma medicación diariamente?</b> Debemos registrar toda la medicación que el niño toma diariamente, aunque no se le administre durante el horario del programa. En caso de emergencia, debe proporcionarse esta información a los paramédicos.
Indique toda la MEDICACIÓN DIARIA que toma su hijo, en <b>cualquier momento del día</b> .		Iniciales

**AUTORIZACIÓN PARA REGISTRAR LA ENTRADA Y LA SALIDA**

Nombre del niño \_\_\_\_\_

	Comprendo que Discovery Link no es responsable de los niños que se van del centro del programa caminando o en autobús una vez que registraron su salida.	Iniciales	
	Comprendo que Discovery Link requiere que los padres registren la <b>ENTRADA</b> de sus hijos al Discovery Link.	Iniciales	
	Autorizo a mi hijo (de 8 años de edad o mayor) que registre su <b>SALIDA</b> a la hora de salida del Discovery Link _____.	Iniciales	

**AUTORIZACIÓN PARA ACTIVIDADES**

Sí	No	<b>Autorizo que mi hijo aparezca en cualquier cobertura de medios de comunicación aprobada por el Discovery Link.</b>				Iniciales	
Sí	No	<b>Doy permiso para que mi hijo vea:</b> (encierre en un círculo todas las que correspondan)	Películas de clasificación G	Películas de clasificación PG	Ningún tipo de películas	Iniciales	
Sí	No	<b>¿Hay alguna actividad en la que su hijo <u>no</u> pueda participar por razones físicas, sociales o religiosas?</b>	(en caso afirmativo, especifique)			Iniciales	
Exención de responsabilidad personal: entiendo que existe el riesgo de lesión en cualquier actividad recreativa o deportiva y asumo voluntariamente ese riesgo. Asumo toda la responsabilidad por las acciones y la condición física de mi hijo. Acepto indemnizar y liberar al Departamento de Aprendizaje Ampliado y a las Escuelas Públicas de Denver de toda responsabilidad, pérdidas, costos o gastos (incluyendo los honorarios de un abogado, gastos médicos, dentales y de ambulancia) en que pudiera incurrir mi hijo durante su participación en las actividades del campamento Discovery Link.						Iniciales	

**AUTORIZACIÓN PARA APLICAR BLOQUEADOR SOLAR**

Discovery Link proporcionará el bloqueador solar **Rocky Mountain Sunscreen SPF 30** (consulte los ingredientes en nuestra página web) a los estudiantes antes de las actividades o juegos al aire libre.

Los niños mayores de 4 años deben aplicarse solos el bloqueador solar bajo la supervisión directa de un miembro del personal. El personal de Discovery Link **no le aplicará** bloqueador solar a su hijo.

El personal de Discovery Link **será responsable** de recordar a su hijo que debe aplicarse el bloqueador solar antes de las actividades al aire libre. El personal de Discovery Link **será responsable** de aplicar bloqueador solar a los niños de 3 años.

**Si no desea que su hijo utilice el bloqueador solar Rocky Mountain Sunscreen, proporcione a Discovery Link un frasco individual de bloqueador solar con el nombre completo de su hijo.**

**MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:**

<input type="checkbox"/>	Sí, doy autorización para que mi hijo se aplique el bloqueador solar Rocky Mountain Sunscreen SPF 30 mientras esté en Discovery Link.
<input type="checkbox"/>	Sí, doy autorización al personal de Discovery Link para que aplique el bloqueador solar Rocky Mountain Sunscreen SPF 30 a mi hijo de 3 años mientras esté en Discovery Link.
<input type="checkbox"/>	Sí, doy autorización para que mi hijo se aplique el bloqueador solar que yo proporcionaré mientras se encuentre en Discovery Link. Se debe proporcionar un frasco individual de bloqueador solar con el nombre completo del niño.
<input type="checkbox"/>	Sí, doy autorización al personal de Discovery Link para que aplique el bloqueador solar a mi hijo de 3 años mientras esté en Discovery Link. Se debe proporcionar un frasco individual de bloqueador solar con el nombre completo del niño.
<input type="checkbox"/>	<b>NO</b> , no doy autorización para que se aplique bloqueador solar a mi hijo mientras esté en Discovery Link y seré yo quien aplicará el bloqueador solar a mi hijo todos los días.

**Firma del padre, madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ 

**AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN PASEOS**

Durante los programas Discovery Link, los estudiantes tendrán la oportunidad de participar en paseos. Para las excursiones, los niños viajan en los autobuses escolares, caminan o utilizan otros medios de transporte. **Al firmar en el espacio a continuación, su hijo tendrá la oportunidad de acompañarnos en estos paseos.** Discovery Link le enviará, antes de cada paseo, la información a su casa sobre el lugar y la fecha del paseo, ya sea por escrito o por cualquier otro medio. En ese momento, puede cancelar la autorización para que su hijo concurra a ese paseo en particular. Ni el distrito ni Discovery Link serán responsables en caso de que algún estudiante resulte lesionado en el transcurso de un paseo.

He leído la información anterior y autorizo a que mi hijo participe en los paseos realizados durante los programas de Discovery Link.

**Firma del padre, madre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ 

*Esta página ha sido dejada en blanco deliberadamente.*

# FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD GENERAL

**El formulario debe ser completado y firmado por uno de los padres**

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Alergias:**  Ninguna o describir \_\_\_\_\_  
Tipo de reacción \_\_\_\_\_

**Alimentación:**  Alimentado con leche materna  Fórmula \_\_\_\_\_  Acorde con la edad  
 Alimentación especial \_\_\_\_\_

Para dormir: los médicos recomiendan que todos los niños menores de 1 año duerman boca arriba.

**Pueden aplicarse cremas, pomadas o bloqueadores solares como prevención si así lo solicitan los padres por escrito, a menos que la piel esté cortada o sangrando.**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al médico de mi hijo, al personal de la escuela, guardería o campamento a hablar sobre la salud de mi hijo. El médico de mi hijo puede enviar este formulario (y los adjuntos correspondientes) por fax al personal de la escuela, guardería o campamento. N.º de fax: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS: completar luego de haber llenado la sección de los padres**

**Fecha de la más reciente evaluación médica:** \_\_\_\_\_ **Peso el día de la evaluación:** \_\_\_\_\_

**Evaluación médica:**  Normal  Anormal (especifique cualquier anomalía física) \_\_\_\_\_

**Alergias:**  Ninguna o describir \_\_\_\_\_ Tipo de reacción \_\_\_\_\_

**Problemas de salud importantes:**  Alergias severas  Enfermedad reactiva de las vías aéreas  Asma  Convulsiones  Diabetes  Hospitalizaciones  
 Retraso del desarrollo  Problemas de conducta  Vista  Audición  Dental  Nutrición  Otros \_\_\_\_\_

Explique los problemas anteriores (de ser necesario, incluya las instrucciones para los encargados del cuidado): \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales/alimentación especial:**  Ninguno o describir \_\_\_\_\_

Se requiere un formulario de autorización por separado para los medicamentos que se administren en la escuela, guardería o campamento.

**Para reducir la fiebre o calmar el dolor (durante 3 días consecutivos sin ninguna autorización médica adicional), ELIJA UN PRODUCTO.**

Puede administrarse acetaminofén (Tylenol) para el dolor o la fiebre superior a 102 grados cada 4 horas según lo necesite.  
Dosis \_\_\_\_\_ o consultar el régimen de dosificación según la edad que se encuentra en nuestra oficina

Puede administrarse ibuprofeno (Motrin, Advil) para el dolor o la fiebre superior a 102 grados cada 6 horas según lo necesite.  
Dosis \_\_\_\_\_ o consultar el régimen de dosificación según la edad que se encuentra en nuestra oficina

Vacunas:  Al día  Ver cartilla de vacunación adjunta  Administradas hoy: \_\_\_\_\_

**Proveedor de servicios médicos: Completar si corresponde**

**\*\*OBLIGATORIO SOLO PARA LOS PROGRAMAS EARLY HEAD START Y HEAD START SEGÚN EL CRONOGRAMA DE EXÁMENES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ Y PERIÓDICO (EPSDT) DEL ESTADO\*\***

**\*\* Altura el día del examen \*\* Presión arterial \_\_\_\_\_ \*\*Perímetro de la cabeza (hasta los 12 meses) \_\_\_\_\_ \*\***

**\*\* HCT/HGB \_\_\_\_\_ \*\* Nivel de plomo  No en riesgo o Nivel \_\_\_\_\_**

**\*\*TB  No en riesgo o Resultado del análisis  Normal  Anormal**

**\*\*Exámenes realizados:  Vista:  Normal  Anormal  Audición:  Normal  Anormal  Dental:  Normal  Anormal**

**Seguimiento recomendado \_\_\_\_\_**

**Firma del proveedor de servicios médicos**

El próximo examen será:  según las pautas de AAP\* o  a la edad de \_\_\_\_\_

El niño goza de buena salud y puede participar en todas las actividades de rutina, deportes escolares, guardería o programas de campamento. Se han identificado los correspondientes problemas y salvedades en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de servicios médicos (que certifique la revisión del formulario) Fecha: \_\_\_\_\_

**Sello de la oficina**  
O escribir el nombre, la dirección y el número de teléfono

Formulario aprobado por la Academia Estadounidense de Pediatría (división de Colorado) (AAP) y Healthy Child Care Colorado. 04/07

\*La AAP recomienda que los niños entre 0 y 12 años se sometan a una evaluación médica a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses, y a la edad de 3, 4, 5, 6, 8, 10 y 12 años.