****

**Rayitos de Luz**

***Aplicación para Hermanos/as***

9200 Inwood Road; Dallas, Texas 75220

214) 706-9601 o por correo electrónico: [acampos@llumc.org](mailto:acampos@llumc.org)

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

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Familiar**

Nombre del Nino/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Segundo Nombre Apellido

Nombre Preferido o Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­

Fecha de Nacimiento: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de Madre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hermanos/as que también asistirían a la noche de Rayitos de Luz:**

**Nombre: Sexo: Fecha de Nacimiento:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 intervención, o medicamentos? Sí \_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

****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 especifica?

Drogas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insectos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Precauciones: Ataques, Asma, etc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Nombre de Hospital Preferido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Habilidades Excretorias:**

\_\_\_\_\_\_ Capacitado para ir solo/a

\_\_\_\_\_\_ Capacitado para usar el baño, necesita ayuda.

El voluntario o staff puede ayudar en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_ Está en aprendizaje

\_\_\_\_\_\_ Panales/Pull-Ups

**Hábitos de Comida:**

Restricciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Tenemos una mascota(s) llamado/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El juguete/peluche 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 escribidos en el Medical Repite Program, recibirán cuidado por voluntarios entrenados y enfermeras voluntarias. También reconozco que medicamentos y tratamientos no deben ser administrados solo por enfermeras voluntarias.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Supliré todo lo necesario para mi niño/a comida, bebidas, merienda y panales/toallitas para limpiar.

\_\_\_\_\_\_\_\_ En caso de una emergencia o accidente, le llamaran 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 desenado 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_