



Formulario de información del menor

Menor*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Madre*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Padre*: Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

¿Vive el menor con un guardián legal distinto de la madre o el padre? Sí No
Si la respuesta es afirmativa, Nombre del guardián _____ Apellido _____ Inicial _____

Dirección* _____ **Ciudad*** _____ **Código postal*** _____

Teléfono del padre, madre o guardián _____ **Teléfono del trabajo** _____

Correo electrónico _____

Sexo del menor*: Masculino Femenino **Fecha de nacimiento*** (mes/día/año)* _____

Raza del menor*: Nativo americano / Nativo de Alaska Asiático Negro / Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro; por favor explique _____

Origen étnico del menor*: Hispano Haitiano Otro; por favor explique _____

País de origen del menor: _____

¿Es competente en Inglés?* Sí No

Otros idiomas que se hablan en el hogar *: Español Haitiano-Creole Otro _____

Número del Seguro Social del menor*: _____ Sin NSS; Prefiere no dar el NSS

Número del ID de MDCPS*: _____ Sin ID de MDCPS; Prefiere no dar el ID de MDCPS

Grado escolar del menor*: _____ **Escuela a la que asiste el menor*:** _____

¿Tiene el menor seguro de salud (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid)?* Sí No
(Si no lo tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura asequible—llamar 211)

¿Tiene el menor algún certificado de discapacidad?* Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿tiene alguno de los siguientes planes o documentos (marque las necesarias)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plan de servicio familiar individualizado
(Individualized Family Service Plan-IFSP;
si es menor de 3 años) | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de un profesional con licencia o
certificado por el estado (ex., psicólogo/a) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizada del sistema
escolar (Individualized Education Plan - IEP) | <input type="checkbox"/> Información provista por el padre/madre o
guardián legal describiendo la condición específica
del menor y/o la necesidad de adaptaciones
relacionadas a la discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Plan Sección 504 (Section 504 Plan) | |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico | |

Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo clasificaría el tipo de discapacidad?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desórdenes del espectro del autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica crónica | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (sólo menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla y el lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden emocional o del comportamiento | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (o ceguera) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (o sordera) | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (o retraso mental) | |

Autorizo el envío de esta información a **The Children's Trust** para fines de seguimiento y evaluación del programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN*: _____ **FECHA :** _____

Sólo para uso del personal (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)

ORGANIZACIÓN: _____ UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: _____



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián del niño/a _____ autorizo y doy por este medio consentimiento a los proveedores de servicios y al personal de El Fidecomiso de los Niños (The Children's Trust) del condado Miami-Dade como sigue:

Otorgo permiso y autorizo - o - **No otorgo permiso ni autorizo**

al personal de El Fidecomiso de los Niños del condado Miami-Dade a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones de mí, de mis niños, o de mis estancias con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna remuneración para usted, sus niños o sus estancias.

Cualquiera y todas las grabaciones tomadas de usted serán sólo propiedad del Fideicomiso de Los Niños.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus niños o de sus estancias, renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra El Fidecomiso de Los Niños, su personal, los proveedores de servicios, empleados, agentes afiliados y miembros de La Junta Directiva.