



CENTRAL COAST AUTISM SPECTRUM CENTER

FORMULARIO DE ADMISIÓN E HISTORIAL MÉDICO DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

¡Hola! Gracias por llenar este formulario de admisión e historial médico.

El propósito de este formulario es obtener información referente de cada participante y así poder ajustar nuestros programas y actividades de acuerdo a las necesidades e intereses específicas de cada niño/a.

Por favor llene todas las áreas de este formulario que sea referente a su niño y por favor no dude en añadir más información que sea pertinente. Entre más sepamos de su niño, mucho mejor y ayudara a que la experiencia de el campamento sea mucho más fácil y divertida para su niño/niña.

La información dada en este formulario será confidencial. Los únicos que tendrán acceso a esta información serán los empleados y voluntarios del campamento.

La información dada en este formulario será usada para dar apoyo a su niño y mantener un ambiente seguro para él y los demás participantes. La información dada en este formulario no será usada para determinar si su niño es o no elegible para participar en el campamento.

Nota: es requerido que usted presente tarjeta de vacunas a CCASC antes del primer día del campamento. Las vacunas deberán de estar al corriente para poder participar en el campamento. Nosotros guardaremos copias en nuestros archivos.

Parte A - Información General:

Nombre del niño/a _____ fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre de la escuela: _____ Grado de año escolar 2018/19 _____

Nombre de la madre/guardián: _____ Correo electrónico: _____

Dirección/Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Números de teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre del padre/guardián: _____ Correo electrónico: _____

Dirección/Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Números de teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

¿Su niño/a padece de alguna alergia o alguna restricción médica o física? SI NO

Si respondió que sí, por favor díganos que tipo de alergia(s) o restricción médica o física tiene su niño/a:

La misión de Camp Expedición es proveer a todos niños/as de todas las habilidades, una experiencia significativa en nuestro campamento de verano. Somos primeramente y más que todo, un campamento de verano. Tenemos un conocimiento sensible y dinámico en modificaciones y acomodamientos para niños/as que se encuentran en el espectro del autismo para que se beneficien y disfruten el campamento. Sin embargo, nosotros no somos intervencionistas o terapeutas. Nosotros no proveemos servicios terapéuticos o educativos. Como tal, nosotros dependemos de la colaboración y coparticipación de padres y cuidadores para asegurar que las necesidades de su niño/a sean totalmente consideradas.

Yo he leído y entiendo esta declaración: (ponga sus iniciales) _____ Fecha: _____

Certifico que un tutor adulto estará presente en todo momento durante las sesiones de Camp Expedition de mi hijo.

_____ Firma de los padres Fecha: _____

Gracias por tomarse el tiempo en completar este formulario.

La información que nos ha dado nos ayudara en la planificación de nuestro currículo y proveer la asistencia apropiada para su niño/a.