

# Datos del participante (Un formulario por participante-saque copias según necesite)

Apellido	Nombre	Nombre que prefiere	Sexo
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento	Edad	(al 31 de agosto, 2016; la edad debe cumplir los requisitos especificados en la descripción del campamento)	
Talla de playera del participante (encierre en un círculo) <b>YS YM YL YXL AS AM AL AXL</b> (sólo para campamentos donde la opción se aplique)			

## DATOS DEL PADRE, MADRE, TUTOR \* campo requerido (El adulto (s) listado en esta sección debe ser aquel con quien reside el participante)

*Apellido de la madre/Tutor	*Nombre	*Correo electrónico	
*Dirección	*Ciudad	*Estado	*Código postal
*Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	*Teléfono celular	
*Apellido del padre/Tutor	*Nombre	Correo electrónico	
*Dirección	*Ciudad	*Estado	*Código postal
*Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	*Teléfono celular	

## DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN \* campo requerido

Liste en orden los nombres de personas, distinta a los padres/tutores del participante, quienes tengan autorizado ser contactados en caso de emergencia y tengan permiso para recoger al participante. Las personas autorizadas deben ser mayores de 16 años de edad y se les solicitará mostrar identificación con fotografía. Escriba los nombres en letra de molde.

* 1) Nombre	Parentesco con el menor		
* Dirección	* Ciudad	* Estado	* Código postal
* Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	* Teléfono celular	

Marque la casilla si usted autoriza al personal a que revele información sobre la conducta y otras actividades del participante en el campamento.

2) Nombre	Parentesco con el menor		
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	

Marque la casilla si usted autoriza al personal a que revele información sobre la conducta y otras actividades del participante en el campamento.

3) Nombre	Parentesco con el menor		
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	

Marque la casilla si usted autoriza al personal a que revele información sobre la conducta y otras actividades del participante en el campamento.

4) Nombre	Parentesco con el menor		
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	

Marque la casilla si usted autoriza al personal a que revele información sobre la conducta y otras actividades del participante en el campamento.

### Al firmar abajo, comprendo que:

- City of Raleigh no ofrece cobertura de seguro a los participantes;
- He leído la siguiente información, la comprendo y estoy de acuerdo con ella: Políticas del Programa de Campamento de Verano del departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales de la Ciudad de Raleigh, páginas 26-29;
- Comprendo que estoy cediendo mis derechos legales. (Consulte las políticas del campamento)
- En caso de una emergencia médica, se hará todo esfuerzo por contactar al padre, madre o tutor. Autorizo al personal de City of Raleigh a que solicite atención médica apropiada en caso de que no se logre contactar al padre, madre o tutor.
- He seleccionado un programa apropiado al interés y aptitudes del participante; los datos que he proporcionado en el Formulario de datos del participante son vigentes y precisos.

**Para completar el proceso de inscripción, se requiere de su firma.** Nota: El personal del Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales de Raleigh solamente permitirá al padre, madre o tutor cuya firma figure en este formulario de inscripción que efectúe cambios al mismo.

Nombre del padre, madre o tutor	Firma	Fecha
Nombre del padre, madre o tutor	Firma	Fecha

# Datos del participante (Un formulario por participante-saque copias según necesite)

Nombre del participante (en letra de molde)

---

El Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales de la Ciudad de Raleigh da la bienvenida a la participación de toda persona, incluyendo aquellas con discapacidades y requerimientos especiales. Tenemos el compromiso de cumplir con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans With Disabilities Act – “ADA”) y ofreceremos adaptaciones razonables para facilitar la participación en nuestros programas. **Para asegurarnos que estén establecidas tales adaptaciones razonables, se debe recibir la inscripción al programa o la solicitud de adaptación por lo menos dos semanas antes a la fecha de inicio del programa.** Para obtener más información, llame al Servicio de Inclusión al: 919-996-2147.

La Ciudad de Raleigh recomienda que los padres o tutores consulten al pediatra o al profesional de atención de salud del participante a fin de que evalúe la aptitud del menor para participar en el programa. Se requiere que los padres o tutores entreguen por escrito cualquier otra instrucción adicional relacionada con el estado específico o requerimiento especial del participante.

Deseo que el Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales esté enterado sobre el siguiente estado médico de mi hijo/a:

---

---

---

---

Deseo que el Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales esté enterado sobre la(s) siguiente(s) discapacidad(es) de mi hijo/a:

---

---

---

---

sí no      ¿Está solicitando adaptaciones razonables según la ley ADA ?  
De ser así, el personal de Servicio de inclusión hará el seguimiento de su solicitud o bien, usted puede comunicarse a dicho servicio directamente al 919-996-2147

sí no      ¿El participante padece alergias?

sí no      ¿Está proporcionando el medicamento EpiPen para su uso en las instalaciones?  
Marque la casilla para verificar que no proporcionará al participante el medicamento EpiPen para la alergia mencionada arriba, que usted comprende el riesgo de no hacerlo y que exonera a City of Raleigh de toda responsabilidad relacionada con el tratamiento de su hijo/a en caso de una reacción alérgica que represente una amenaza para la vida  
En caso de que se presente una reacción alérgica que represente una amenaza para la vida, el personal del programa llamará de inmediato al 911. En nuestras instalaciones no contamos con el medicamento EpiPen para ser usado.

sí no      ¿Hay algún medicamento que deba tomarse durante el horario del programa?

sí no      Autorizo al Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales a que use fotografías del participante para propósitos publicitarios.

# Inscripción al campamento (Un formulario por participante-saque copias según necesite)

Nombre del participante \_\_\_\_\_

\*Tome nota de que los campamentos no se ofrecen semanalmente.

Saque una copia para su archivo.

Indique su 1a y 2a opción por cada sesión del calendario. Llene con la cuota de su 1a opción Si el cupo de su 1a opción está agotado, se aplicará su 2a opción

Semanas del campamento	1a opción			2a opción			Cuota
	Código de barras	Campamento	Ubicación	Código de barras	Campamento	Ubicación	
Junio 6 al 10							
Junio 13 al 17							
Junio 20 al 24							
Junio 27 a 1° julio							
Julio 5 al 8		Costo prorrateado No hay campamento este día y no hay costo: 4 de julio se aplican cuotas prorrateadas					
Julio 11 al 15							
Julio 18 al 22							
Julio 15 al 29							
Ago 1° al 5							
Ago 8 al 12							
Ago 15 al 19		No habrá campamentos Summer Xpress ni Teen Xtreme					
<b>Subtotal</b>							
Agregar cuota por no residir en Raleigh \$15 por sesión – número de sesiones x \$15 (No se aplica a programas de Servicios recreativos especializados)							
<b>Cantidad total a deber</b>							

## Política de reembolso

- Toda solicitud de reembolso debe ser recibida por escrito por lo menos 14 días previos a la fecha de comienzo del programa. Las solicitudes pueden enviarse a: **Camp.registration@Raleighnc.gov, por fax al 919-996-1741 o por correo ordinario a: Recreation Business Office, 105 Pullen Road Raleigh, NC 27607.**
- Se hará un reembolso/abono/transferencia del 100% si el Departamento cancela el programa.
- Se hará un abono o transferencia por el 100% de la cuota a otro programa al momento del retiro O BIEN, se hará un reembolso del 85% en base al costo total del programa.
- La solicitud de reembolso/abono/transferencia que sea recibida a menos de 14 días previos a la fecha de comienzo del programa no será otorgada
- Los reembolsos por motivos médicos solicitados antes de la fecha de inicio del programa serán otorgados al 100% y quedan sujetos a verificación.
- Cualquier miembro de la familia que pertenezca a la misma cuenta de inscripción puede hacer uso de un abono.
- **La falta de asistencia o de participación en el programa o actividad no le da derecho a un cliente a obtener un reembolso.**

# Campamento de Verano 2016 – Opciones de pago

## Inscripciones en las instalaciones

Nombre de la persona de contacto

Nombre del participante

---

### OPCIÓN A – PAGO COMPLETO AL INSCRIBIRSE

**El pago completo se debe hacer en toda inscripción que sea recibida después del 15 de mayo, 2016. De no recibirse el pago completo junto con el formulario de inscripción, el formulario no será procesado y haremos el intento de contactarlo para obtener el pago. No adjunte dinero en efectivo.**

Cheque o giro postal adjunto (a la orden de: City of Raleigh)      American Express / MasterCard / Visa

Si desea hacer el pago completo con tarjeta de crédito, proporcione el número de teléfono a donde puede localizarse al tarjetahabiente para remitir el pago. Se requiere hacer el pago completo al momento de la inscripción. Una vez que usted haya sido contactado, se le pedirá remitir el pago dentro de las 24 horas de su inscripción; de lo contrario, su inscripción no será procesada.

Tarjetahabiente

Número de teléfono

---

### OPCIÓN B – PAGO INICIAL Y CALENDARIZACIÓN DE PAGOS MENSUALES

Las inscripciones que se reciban antes del 15 de mayo, 2016 posibilita que la sección de abajo sea llenada a fin de establecer un plan de pago mensual; sin embargo, **debe incluirse en la inscripción un depósito del 20%**. Los planes de pago pueden calcularse en base a la fecha en que la inscripción sea recibida. **El pago final por el campamento debe pagarse antes del 1o de junio, 2016.**

- Todas las inscripciones que sean recibidas después del 15 de mayo, 2016, deberán ser pagadas por completo.
- **No se procesarán pagos automáticos de su parte.**
- Es responsabilidad de usted hacer sus pagos mensuales en línea en: [reclink.raleighnc.gov](http://reclink.raleighnc.gov), o en cualquier centro comunitario o por correo ordinario enviando un cheque o giro postal a: Recreation Business Office 105 Pullen Road, Raleigh, NC 27607.
- **Si usted se retrasa en sus pagos, el Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales se reserva el derecho de revocar sus privilegios de plan de pago y retirará a su hijo/a (s) del campamento.**

**Mi primer pago es mediante:**      Cheque o giro postal (a la orden de: City of Raleigh)      American Express      MasterCard      Visa

Si desea hacer el pago completo con tarjeta de crédito, proporcione el número de teléfono a donde puede localizarse al tarjetahabiente para remitir el pago. Se requiere hacer el pago del 20% al momento de la inscripción. Una vez que usted haya sido contactado, se le pedirá remitir el pago dentro de las 24 horas de su inscripción; de lo contrario, su inscripción no será procesada.

Tarjetahabiente

Número de teléfono

---

**Al firmar abajo, usted está de acuerdo en adherirse al plan de pagos que ha solicitado y comprende que es responsable por hacer el pago mensualmente.**

Firma

Fecha

---

### ASISTENCIA ECONÓMICA

El Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales reconoce que algunos participantes posiblemente necesiten recibir ayuda económica y/o un calendario de pagos para tener la oportunidad de participar en nuestros programas. La ayuda económica solamente está disponible para los campamentos Tradicionales y Especializados. Debido a que los fondos son limitados, las solicitudes deben hacerse antes del 1o de junio, 2016 o hasta el día en que los fondos estén disponibles. Para obtener más información acerca del cumplimiento de requisitos y de la obtención de formularios a llenar para la inscripción, llame al teléfono 919-996-4839.

# Autorización para asistir con la administración de medicamentos

Durante el programa, solamente se administrarán medicamentos que sean necesarios por motivos de salud y no podrán ser programados fuera del horario del programa recreativo. Ningún participante del programa debe tener en su poder medicamentos recetados o de venta libre de NINGÚN tipo sin el conocimiento del personal del programa. Cualquier participante que deba recibir medicamentos durante el programa, debe tener en su archivo el formulario apropiado de administración de medicamentos debidamente firmado PREVIAMENTE a la asistencia al programa.

- A. **Asistencia con la administración de medicamentos:** El personal del Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales mantiene, proporciona y monitorea el consumo de medicamentos recetados y de venta libre.
- B. **Autoadministración de medicamentos:** (SOLAMENTE para uso en los programas de adolescentes Teen, Adventure y en los programas de adultos SRIS): El participante puede mantener y consumir medicamentos de venta libre, inhaladores y/o EpiPen según sea necesario, bajo supervisión del personal. Puede entregar el formulario de Autoadministración de medicamentos si se comunica al campamento específico.

**El Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales (PRCR) solamente administra medicamentos a los participantes si:**

1. Se ha llenado el formulario de City of Raleigh "Autorización para Asistir con la Administración de medicamentos" y si el personal de PRCR lo tiene en su posesión.
2. Un empleado de PRCR no administrará un medicamento a menos que esté en el empaque original, con el medicamento apropiado dentro, con una etiqueta visible que indique el nombre del medicamento, fecha de vencimiento, dosis, instrucciones y nombre del participante CLARAMENTE SEÑALADOS en el empaque/caja.

**El padre, madre o tutor son responsables de realizar las siguientes acciones en relación a TODOS los medicamentos:**

1. Llenar y firmar la sección del formulario de abajo y entregarlo al personal del programa.
2. Proporcionar el medicamento en el empaque original, con una etiqueta visible que indique el nombre del medicamento, fecha de vencimiento, dosis, instrucciones y nombre del participante CLARAMENTE SEÑALADOS en el empaque/caja. Nota: Los inhaladores que no estén en su empaque original, deben ir acompañados de una copia de la etiqueta del empaque original indicando los datos señalados arriba.
3. Se deben proporcionar contenedores nuevos y etiquetados cuando se hagan cambios de medicamentos.
4. Transportarse hasta las instalaciones del programa y entregar el medicamento directamente al personal del programa.
5. Recoger todo medicamento al final de cada semana/programa directamente de las manos del personal. Los medicamentos que no sean recogidos al final de 14 días laborales posteriores al último día de participación en el programa serán desechados por el personal del programa.
6. Los empleados del programa PRCR desecharán los contenedores vacíos (a menos que se indique lo contrario).
7. En el caso de medicamentos recetados: La etiqueta de la farmacia servirá como autorización del médico para el medicamento a ser administrado. Pida al farmacéutico que etiquete dos contenedores: uno para uso en casa y otro para uso en el programa - en caso de que el participante tenga que recibir medicamento en ambos sitios.
8. Si el medicamento es una EpiPen o un inhalador, se recomienda (no se exige), que el farmacéutico etiquete los dos contenedores que han de conservarse en las instalaciones del programa. Verificar y asegurarse de que el medicamento no tenga la fecha de vencimiento caducada. El personal del programa no aceptará medicamentos caducados.
9. En el caso de medicamentos de venta libre: El medicamento debe ser administrado de acuerdo a la dosis e instrucciones del contenedor original.  
\*\*Se requerirá firma de autorización del médico SI se solicita que el medicamento sea administrado en dosis alterna, etc.
10. Notificar al personal del programa -por escrito y a la brevedad posible,- si hay cambios en la administración del medicamento una vez entregado este formulario. Posiblemente deba presentar un nuevo formulario.

# Autorización para asistir con las administración de medicamentos

**Antes** del inicio del programa, llene y entregue el formulario de autorización, ya sea por correo electrónico o correo ordinario a:

<b>camp.registration@raleighnc.gov</b>	<b>Recreation Business Office</b> 105 Pullen Road Raleigh, NC 27607
--	---

Para obtener información adicional, comuníquese al teléfono; 919-996-4800

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Si el participante presenta alergias que podrían conllevar a un estado de anafilaxia (por ejemplo: alergia a frutos de nogal o alergia a las abejas), tome nota de que recomendamos enfáticamente que le proporcione al participante una Epi-Pen que pueda ser conservada en las instalaciones del programa.

Marque la casilla para verificar que no proporcionará al participante el medicamento EpiPen para la alergia mencionada, que usted comprende el riesgo de no hacerlo y que exonera a City of Raleigh de toda responsabilidad relacionada con el tratamiento de su hijo/a en caso de una reacción alérgica que represente una amenaza para la vida. En caso de que se presente una

## AUTORIZACIÓN PARA ASISTIR CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Al llenar los datos de abajo, el personal del Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales tiene autorizado administrar cualesquier medicamento(s) que se proporcionen como se indica arriba..

1) Nombre del medicamento: _____	Recetado	De venta libre
Dosis: _____	Hora: _____	
Motivo por el que se debe administrar el medicamento: _____	Efectos secundarios: _____	

2) Nombre del medicamento: _____	Recetado	De venta libre
Dosis: _____	Hora: _____	
Motivo por el que se debe administrar el medicamento: _____	Efectos secundarios: _____	

### Firma del padre, madre o tutor

Firma del padre, madre o tutor _____	Firma del padre, madre o _____	Fecha _____
--------------------------------------	--------------------------------	-------------

**\*\*SOLAMENTE bajo circunstancias especiales, en el caso de medicamentos de venta libre (consulte el #9 de la página anterior).**

Nombre del médico _____	Firma del padre, madre o tutor _____	Fecha _____
-------------------------	--------------------------------------	-------------