

FORMULARIO PARA EL PARTICIPANTE

USO UNICO DEL PERSONAL DE PRODIGY: ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETAMENTE LLENO Y FIRMADO POR PADRE, MADRE O GUARDIÁN LEGAL, ANTES DE LA PARTICIPACIÓN DE EL/LA JÓVEN EN EL PROGRAMA DE PRODIGY. NOMBRE DE ORGANIZACIÓN CONTRADADA: _____	☐ DEPT. DE JUSTICIA JUVENIL (DJJ) ☐ CONDADO DE HILLSBOROUGH (HC)	FECHA NUEVA DE APLICACIÓN: _____ # DE ID DEL/LA JÓVEN _____	☐ SOBRE RODANDO (AÑO NUEVO DEL CONTRATO) FECHA _____ INICIALES _____ FECHA _____ INICIALES _____ ☐ DE REGRESO (EN EL MISMO AÑO) FECHA _____ INICIALES _____ FECHA _____ INICIALES _____
	☐ PREVENCIÓN ☐ DIVERSIÓN ☐ OTRO		

SECCION I: INFORMACIÓN DEL/LA JOVEN

Información Demográfica: Las opciones siguientes para raza y etnicidad son basadas en información requerida por nuestro patrocinador. Favor de seleccionar SÓLO UNA para Raza, y UNA para Etnicidad.

Raza (**MARQUE UNO**): ☐ Afro-americano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Isleño del pacífico

Etnicidad (**MARQUE UNO**): ☐ Haitiano ☐ Hispano ☐ Jamaquino ☐ No-Hispano

Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Información del/la Participante:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre/Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: (5-17 sólo para DJJ) _____ Edad: (6-19 - sólo para HC) _____ Lenguaje Primario: _____

Dirección: _____ # de Apto/Unidad _____ Ciudad: _____

Dirección 2: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Condado (*marque uno*): ☐ Hillsborough ☐ Pasco ☐ Pinellas ☐ Polk ☐ Manatee ☐ Sarasota ☐ Orange ☐ Osceola ☐ Hardee ☐ Highlands

Estado parental del/la joven: ☐ Ninguno ☐ En estado de embarazo ☐ Joven es madre ☐ Joven es padre

Composición Familiar: ☐ Vive con ambos padres ☐ Vive con madre soltera ☐ Vive con padre soltero ☐ Vive con parientes

☐ Vive con personas no parientes ☐ Vive en hogar de cuidado ☐ Otro (*Favor de describir*) _____

Joven fue referido por: ☐ Él/Ella mismo/a o Familia ☐ Escuela ☐ DCF ☐ Otro (*Favor de describir*) _____

Recibe su joven asistencia de almuerzo escolar gratuito/reducido? ☐ Sí ☐ NO

Está su joven en cuidado de orfanato? ☐ Sí ☐ NO

Recibe su joven asistencia médica y/o cupones de alimentos? ☐ Sí ☐ NO

Información de Padre/Madre/Guardián Legal: *Importante: Éstas personas están designadas para contactos de emergencia.*

#1
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre/Inicial: _____

Teléfono de Casa () _____ Teléfono de Trabajo () _____ Celular () _____ Email: _____

Relación con joven: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián Legal ☐ Otro (*Favor de describir*) _____

#2
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre/Inicial: _____

Teléfono de Casa () _____ Teléfono de Trabajo () _____ Celular () _____ Email: _____

Relación con joven: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián Legal ☐ Otro (*Favor de describir*) _____

Información Escolar: ¿Está el/la joven registrado actualmente en la escuela? ☐ Sí ☐ No Grado Escolar: _____ Nombre de Escuela (*Indique si el/la joven es enseñado en la casa*): _____

Dirección: _____ # de Apto/Unidad _____ Ciudad: _____

Dirección 2: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: () _____

FORMULARIO PARA EL PARTICIPANTE

SECCION II: CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTACIÓN & CONTACTO DE EMERGENCIA

Las siguientes personas están autorizadas para dejar y/o recoger a mi hijo/a. La(s) persona(s) que designé como contacto(s) de emergencia han sido marcada(s) en el encasillado EC ☐ correspondiente.

Apellido	Nombre	EC ☐
Relación con el l/la joven ☐ Pariente ☐ Hermano(a) ☐ Amigo(a) ☐ Otro (Favor de describir) _____		
Teléfono de Casa ()	Teléfono de Trabajo ()	Celular ()

Apellido	Nombre	EC ☐
Relación con el l/la joven ☐ Pariente ☐ Hermano(a) ☐ Amigo(a) ☐ Otro (Favor de describir) _____		
Teléfono de Casa ()	Teléfono de Trabajo ()	Celular ()

En adición a los nombrados previamente, mi hijo/a tiene permiso para entra/salir del programa de Prodigy. ☐ Si ☐ No

El personal de Prodigy y/o Organización Contrada está autorizado para dar debajo a mi hijo/a de la clase en donde se enseña Prodigy. ☐ Si ☐ No

SECCION III: INFORMACIÓN DE EMERGENCIA & CONSENTIMIENTO MÉDICO

Mi hijo/a padece de condición médica y/o está actualmente tomando medicamento/s nombrado/s abajo. Esta información médica está cubierta por el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). **Favor de indicar con "N/A" las secciones que no aplican a su caso.**

Condicion/es Médica/s:	Medicamento/s:	Otra/s necesidad/es especial/les:
------------------------	----------------	-----------------------------------

Si mi hijo/a se se enfermara o se agolpeará estando en el programa de Prodigy, yo entiendo que seré primero contactado/a de inmediato, y luego mis contactos de emergencia si no me pueden localizar. En caso de que no me puedan conseguir o/a mis contactos de emergencia, yo le autorizo al personal de Prodigy a llamar a "911" para obtener asistencia inmediata. Yo comprendo completamente que el Programa de Artes Culturales Prodigy no es/será responsable de gastos médicos que surjan como resultado de transporte y/o tratamiento ambulatorio. _____ (Iniciales)

SECCION IV: CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DEL PROGRAMA & PROCESO DE CONTRARIEDAD

El Programa es respaldado financieramente por el Departamento of Justicia Juvenil (DJJ) y/o el Condado de Hillsborough (HC). Cada joven es evaluado/a por el personal de Prodigy por medio de una entrevista con el proposito de identificar riesgos y/o necesidades durante el proceso de registracion. Toda informacion tomada durante este proceso sera exclusivamente para este propósito.

Yo doy permiso al personal de Prodigy para entrevistar a mi hijo/a para la registración y permito que información proveída en este formulario sean utilizados para finalizar la registracion de mi hijo/a en el programa.

☐ Si ☐ No (Importante: un 'NO' como respuesta podría descualificar a su hijo/a de la inscripción en el programa de Prodigy.)

_____ (Iniciales) Yo exento a University Area CDC, Inc. (UACDC), DJJ, HC, y la Organización llenando este formulario, su personal de trabajo y agentes, de cualquier responsabilidad, reclamación de perdida, daños y perjuicios, cargo o gasto que sea como resultado de alguna lesión de mi hijo/a, o del daño a mi propiedad en conexión con la inscripción y participacion de mi hijo/a en Prodigy.

_____ (Iniciales) Yo recibí y comprendo el proceso de contrariedad de los juvenes; estoy al tanto de que este consentimiento esta en efecto comenzando de este momento y hasta la duración de toda la participación de mi hijo/a en el programa de Prodigy y en esta Organización Contratada, y puede ser revocado por escrito por mi en cualquier momento.

SECCION V: CONSENTIMIENTO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Yo entiendo que el uso de fotografías y videos será sin fines de lucro; este incluye pero no se limita a publicaciones, página de red, exhibición, publicidad, ilustración editorial, etc. **Yo consiento voluntariamente y doy permiso sin pedir reembolso al programa de Prodigy del University Area CDC, Inc. y la Organización Contratada llenando este formulario, a que tomen fotografías, graben en video a mi hijo/a y que su nombre se publique en fotografía imprimida como participante de Prodigy.** ☐ Si ☐ No _____ (Iniciales)

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal

Fecha:

Firma del/la Joven

Fecha:

Firma del Personal de Trabajo

Fecha: