

## Club de niños y niñas de Brewster

# CUIDADO DE NIÑOS ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA



La misión de Boys & Girls Club es permitir que todos los jóvenes, especialmente aquellos que más nos necesitan, alcancen su máximo potencial como ciudadanos productivos, solidarios y responsables. Nuestros programas reducen la pérdida de aprendizaje, ayudan a los jóvenes a desarrollar estilos de vida saludables y enseñan buen carácter y ciudadanía.

¡Únete a la diversión!

## HORAS DE OPERACIÓN:

Año escolar 2024

Lunes: 6:30 a 9:00 a. m. y 2:45 a 6:00 p. m.

Martes, miércoles y jueves: 14:45 a 18:00 h. • Viernes: 11:30 a 18:00 h.

## ACTIVIDADES:

Artes y manualidades • Tecnología • Programa de tareas

Programas de liderazgo • Juegos y actividades físicas

## OPCIONES:

### 1 NIÑO

ANTES/DESPUÉS DE LA  
ESCUELA: \$35 SEMANAL

DÍA COMPLETO: \$15 DIARIOS

O \$70 SEMANALES

### 2 NIÑOS

ANTES/DESPUÉS DE LA  
ESCUELA: \$50 SEMANALES

DÍA COMPLETO: \$20 DIARIOS

O \$100 SEMANALES

**TARIFA DE ENTRADA: \$ 8 DIARIOS POR NIÑO**

**Cuota de membresía anual \$30 • Pregunte sobre los beneficios de Medicaid**

Para obtener más información, comuníquese con Elizabeth Shepard, directora de unidad.  
a [eshepard@bgcsc.org](mailto:eshepard@bgcsc.org) o llame al (509) 689-1192

## 2024 Registro de cuidado infantil antes y después de la escuela

Indique qué programa utilizará su hijo:

1 niño antes / después de la escuela:  1 niño día completo:

2 niños antes/después de la escuela:  2 niños día completo:

El primer nombre del niño: \_\_\_\_\_ El apellido: \_\_\_\_\_ El sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado (año escolar 2024): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ El niño vive con (marque todo lo que corresponda): Madre  Padre  Guardián

Nombre de la madre/guardián 1: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/guardián 2: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia y no puedan contactarme, doy permiso para que cualquiera de las siguientes personas sea contactada para cualquier decisión necesaria y mi hijo puede ser entregado a ellos:

1) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

Enumere a otras personas (además de los padres y los contactos de emergencia) que están autorizadas para recoger a su hijo:

1) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

Enumere cualquiera que por orden judicial no pueda recoger a su hijo. Se DEBEN entregar copias de la orden judicial al Club al inscribir a su hijo.

Nombre: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

Orden judicial recibida: Fecha: \_\_\_\_\_ Por (imprimir personal nombre): \_\_\_\_\_ la expiración: \_\_\_\_\_

### Información médica

Médico del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

# Solicitud de Afiliación



La siguiente información es necesaria para nuestros archivos y los fondos que recibe nuestra organización. Las respuestas que nos provee son completamente confidenciales. Su cooperación en proveer esta información es agradecida y necesaria. **SE REQUIERE TODA LA INFORMACIÓN.** Complete este solicitud en su totalidad.

## Información de Miembro

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Mujer  Hombre   
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado (en el otoño de 2015): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Elegible para almuerzo gratis o reducido: Si  No   
Origen étnico de miembro: Afroamericano  Nativo Americano  Asiático  Europeo  Islas del Pacífico  Multirracial  Hispano/Latino   
Otro: \_\_\_\_\_

## Información de la Madre /Tutora Esta es la residencia principal del Miembro

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

## Información del Padre/Tutor Esta es la residencia principal del Miembro

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
¿Hay un miembro de la unidad familiar en el ejército? Padre  Madre  Ambos  Sucursal: \_\_\_\_\_

## Información del Hogar

Tamaño del hogar: \_\_\_\_\_ ¿Con quién vive el niño?: Ambos padres  Madre  Padre  Abuelo/a/os  Tutor  Otro \_\_\_\_\_  
Ingreso Anual de Familia: \$0 to \$16,600  \$16,601 to \$18,700  \$18,701 to \$20,750  \$20,751 to \$22,450  \$22,451 to \$24,100   
\$24,101 to \$25,750  \$25,751 to \$27,400  \$27,401 to \$27,650  \$27,651 to \$31,100  \$31,101 to \$34,550  \$34,551 to \$37,350   
\$37,351 to \$40,100  \$40,101 to \$42,850  \$42,851 to \$45,650  \$45,651 to \$48,120  \$48,121 to \$51,420  \$51,421 to \$54,780   
\$54,781 to \$55,300  \$55,301 to \$59,750  \$59,751 to \$64,150  \$64,151 to \$68,600  \$68,601 to \$73,000  \$73,001 +

## Información del Salud

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_  
Restricciones médicas (alergias a los alimentos, medicamentos necesarios, restricciones deportivas, etc.): \_\_\_\_\_

## Contactos de Emergencia (Estas personas están autorizadas a recoger a su hijo/hija y contactos de emergencia.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_ Hogar  Celular   
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_ Hogar  Celular

**Términos y condiciones:** Declaro que soy el padre o tutor legal del menor mencionado arriba. Tengo la custodia y el control completo del niño. A lo mejor de mi conocimiento, mi hijo está en buena salud y estén vacunados para participar en las actividades de los Boys & Girls Clubs del Condado de Snohomish. En el caso de que mi hijo se lesiona o debería requerir atención médica, por la presente pido que se comunique con nuestro médico de familia. En el caso de que el médico no puede ser alcanzado, por la presente autorizo a su / su atlético supervisor, entrenador o cualquier otro empleado del Boys & Girls Clubs del Condado de Snohomish o voluntario para asegurar el tratamiento médico necesario para mi hijo. Además reconozco que seré responsable de los honorarios médicos o de hospital o costos asociados con el tratamiento médico de mi hijo. Si es posible, la confirmación de esta autorización se debe hacer conmigo antes del tratamiento por mi llamando al número de teléfono indicado. En caso de que no pueda ser localizado para un tratamiento médico de emergencia como se describe anteriormente, puede proceder sin más autorización. **Entiendo que el Boys & Girls Clubs del Condado de Snohomish proporcionan sólo una cobertura de seguro médico secundario. Yo entiendo la política de "puertas abiertas", que permite a los niños a entrar y salir cuando lo deseen. Entiendo también que el Club no se hace responsable por mantener a mi hijo en el edificio o en los locales, excepto cuando inscrito en un programa de cuidado de niños con licencia.** Yo doy permiso para una foto o imagen de mi hijo que se utilizará en los folletos y otros materiales promocionales producidos por el Boys & Girls Clubs del Condado de Snohomish. La foto no se venderá sin el consentimiento expreso y por escrito de los padres o tutor legal. Estoy de acuerdo que esta renuncia es válida siempre y cuando mi hijo es miembro de los Boys & Girls Clubs del Condado de Snohomish.

Firma Padre/ Madre/ Tutor(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## For Office Use Only

Received By: \_\_\_\_\_ Fee: \_\_\_\_\_ Paid: \_\_\_\_\_ On: \_\_\_\_\_ Input into KidTrax: \_\_\_\_\_  
Membership Type: Full  100% Scholarship  75% Scholarship  50% Scholarship  25% Scholarship

Página dejada en blanco intencionalmente

## Autorización de los padres y formulario médico

El primer nombre del niño: \_\_\_\_\_ El apellido: \_\_\_\_\_ El sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado (año escolar 23/24): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ El niño vive con (marque todo lo que corresponda): Madre  Padre  Guardián

Nombre de la madre/guardián 1: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/guardián 2: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia y no puedan contactarme, doy permiso para que cualquiera de las siguientes personas sea contactada para cualquier decisión necesaria y mi hijo puede ser entregado a ellos:

1) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

Enumere a otras personas (además de los padres y los contactos de emergencia) que están autorizadas para recoger a su hijo:

1) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

Enumere cualquiera que por orden judicial no pueda recoger a su hijo. Se DEBEN entregar copias de la orden judicial al Club al inscribir a su hijo.

Nombre: \_\_\_\_\_ La relación: \_\_\_\_\_

**Orden judicial recibida:** Fecha: \_\_\_\_\_ Por (imprimir personal nombre): \_\_\_\_\_ la expiración: \_\_\_\_\_

### Información médica

Médico del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

## Autorización de los padres y formulario médico

**Adaptaciones especiales:** ¿Su hijo está sujeto a alguno de los siguientes?

Dieta especial  trastorno por déficit de atención  Trastorno de conducta  Otra   
La morriña  Asma  Sangrado  \_\_\_\_\_  
Infecciones de oído  Trastorno de la coagulación  Autismo  \_\_\_\_\_

**Alergias:** ¿Es su hijo alérgico a alguno de los siguientes?

Picadura de abeja  maní  la medicación  \_\_\_\_\_ Alimento  \_\_\_\_\_  
Otra  \_\_\_\_\_ Tratamiento para la reacción alérgica.: \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** ¿Necesitará su hijo tomar algún medicamento mientras esté en el Boys & Girls Club?

No:  Sí:  *En caso afirmativo, hay otros formularios que deben completarse*

lista de medicamentos: \_\_\_\_\_

*Nota: Los niños que toman medicamentos regularmente durante el año escolar deben continuar tomándolos mientras estén inscritos en el Boys & Girls Club. Los días que no hay escuela y las vacaciones de primavera, verano e invierno no son momentos en los que un niño deba tomar un descanso de su medicación regular.*

**TODOS** los medicamentos deben entregarse al director. ¡Los niños **NO PUEDEN** autoadministrarse medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre! El medicamento debe estar en el frasco recetado (p. ej., no en una bolsa Ziploc) y se guardará bajo llave en un lugar seguro fuera del alcance de otros niños.

**Protector solar:** durante el clima cálido, ¿quiere que le apliquen protector solar a su hijo? Sí  No

**Natación:** ¿Tiene su hijo alguna restricción para nadar? No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

Marque las habilidades/experiencia de natación de su hijo en una escala del 1 al 10, siendo 10 el más experimentado, para que abordemos las necesidades de natación de su hijo: \_\_\_\_\_ (la mayoría de los parques/instalaciones públicas de natación requieren que los niños tomen una prueba de natación para nadar en el "extremo profundo". Para ingresar al "extremo profundo", haremos que su hijo realice la prueba de natación antes de cada actividad de natación)

### Autorizaciones:

Doy mi permiso para que mi hijo participe en actividades patrocinadas por el Club, como excursiones, pernoctaciones y natación. Entiendo que mi hijo será transportado en camionetas del Club operadas por empleados del Boys & Girls Club, transporte público o en un autobús fletado operado por una empresa privada. También doy mi permiso para que Boys & Girls Club use fotografías de mi hijo participando en actividades del Club con fines promocionales futuros. Entiendo que el Boys & Girls Club no permite que los miembros de su personal tengan contacto con los miembros del club fuera de las actividades y eventos patrocinados por el Club.

Además, por la presente doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento médico de emergencia, incluidos primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar, de un miembro del personal calificado de Boys & Girls Club. También doy mi permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia, tratado por personal de vehículos auxiliares y/o transportado a un centro de emergencia para recibir tratamiento. En caso de que no se me pueda localizar, autorizo y doy mi consentimiento para que el tratamiento y los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios sean realizados por un médico u hospital con licencia, seleccionados por el Boys & Girls Club, cuando el Boys & Girls Club lo considere inmediatamente necesario o aconsejable. médico para salvaguardar la salud de mi hijo. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado a dicho tratamiento.

Soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente y tengo la autoridad para autorizar tales actividades y acciones.

Padre/Madre/Guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Como padre que inscribió a mi hijo en el Boys & Girls Club, entiendo que el segundo padre biológico o adoptivo puede hacer adiciones a este formulario, incluida la lista de autorización para recoger, y puede tomar decisiones por el niño. Esto no incluye a aquellos con una orden de restricción ordenada por un tribunal.

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Problemas de custodia

Si bien entendemos que los planes de crianza y los problemas de custodia son muy importantes para ambos padres, Boys & Girls Clubs of Snohomish County no es parte de ninguna orden de custodia y no podemos hacer cumplir los planes de crianza.

A menos que haya una orden de restricción emitida por un tribunal actual en los archivos del Club, ambos padres pueden recoger al niño, independientemente del acuerdo de custodia. Los desacuerdos entre los padres deben abordarse fuera del sitio. Asegúrese de haber establecido claramente las expectativas entre los padres.

Cumplimos con las órdenes de restricción y las órdenes de protección si se nos proporcionan y solicitaremos la ayuda de las fuerzas del orden público si es necesario.

**Firme la declaración 1 o 2 a continuación:**

**1) No hay una orden de restricción con respecto a mi hijo o hijos.**

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**2) Sí, hay una orden de restricción con respecto a mi hijo o hijos y llevaré una copia al Club antes de que los niños puedan comenzar a asistir.**

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Página dejada en blanco intencionalmente

# Certificado de Estado de Vacunación

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signed COE on File?  Yes  No

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido del niño: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.

Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Firma del padre, la madre o el tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional Fecha \_\_\_\_\_

	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
<b>Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil</b>						
•▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)						
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7º grado)						
•▲ DT o Td (tétanos, difteria)						
•▲ Hepatitis B						
• Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
•▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)						
•▲ OPV (polio)						
•▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)						
• PCV/PPSV (antineumocócica)						
•▲ Varicela						
<input type="checkbox"/> Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS						

Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)

COVID-19						
Gripe (influenza)						
Hepatitis A						
VPH (virus del papiloma humano)						
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)						
MenB (meningococo tipo B)						
Rotavirus						

**Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)**

If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:  
 A verified history of varicella (chickenpox) disease.  
 Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella

Polio (all 3 serotypes must show immunity)

Licensed Health Care Provider Signature Date

Printed Name

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. Health Care Provider or School Official Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

**Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.**

**Para imprimir con la información de la vacunación completada:**

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicítele que impriman el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en wa.myir.net. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waitsrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

**Para llenar el formulario a mano:**

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
  - Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity" y que firme el formulario.
  - Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés "Documentation of Disease Immunity", y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

**Registros médicos aceptables**

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

**Estado condicional**

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la vacuna y tendrán un periodo adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el periodo condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

**Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order** For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Fluceivax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeg	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinnix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

Si usted tiene una discapacidad y necesita este documento en otro formato, por favor llame al 1-800-525-0127 (servicio TDD/TTY 711).

# Certificado de Exención - Personal/Religioso



## Certificate of Exemption - Personal/Religious

Requisitos de vacunación de escuelas, guarderías y preescolar *Complete el cuadro para el tipo de exención deseada*

<b>Apellido(s) del niño:</b> (Child's Last Name)	<b>Nombre:</b> (First Name)	<b>Inicial (2<sup>do</sup>. Nombre):</b> (Middle Initial)	<b>Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa): (Birthdate)	<b>Género/Sexo:</b> (Gender)
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------

**AVISO:** Un padre o tutor puede eximir a su hijo de algunas o todas las vacunas enumeradas a continuación al enviar este formulario completo a la escuela y/o cuidado infantil del niño. Una persona que ha sido exenta de una vacuna se considera en riesgo de contraer la enfermedad o enfermedades para las que la vacuna ofrece protección. Los niños/estudiantes exentos pueden ser excluidos de las instalaciones y actividades de la escuela o guardería durante un brote de la enfermedad contra el que no se hayan vacunado completamente. Las enfermedades contra las que las vacunas pueden proteger aún existen, y pueden diseminarse rápidamente en la escuela y en el entorno de cuidado infantil. Las vacunas son una de las mejores formas de proteger a las personas contra la transmisión y propagación de enfermedades que pueden provocar enfermedades graves, discapacidad o la muerte.

### Exención Personal/Filosófica o Religiosa (Personal/Religious Exemption)

Tipo de Exención:     Personal/Filosófica (Personal)     Religiosa (Religious)

Exento a mi hijo del requisito de que sea vacunado contra las siguientes enfermedades para asistir a la escuela/guardería: (For parent/guardian to check and sign)

- Difteria (Diphtheria)     Hepatitis B     Hib     Sarampión (Measles)     Paperas (Mumps)  
 Tos ferina (Pertussis)     Neumococo (Pneumococcal)     Polio     Rubéola (Rubella)     Tétanos (Tetanus)  
 Varicela

#### Declaración del Padre/Tutor

Una o más de las vacunas requeridas están en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas. Discutí los beneficios y riesgos de las vacunas con el profesional de la salud de abajo. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o guardería infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Health Care Practitioner Declaration (Declaración del profesional de la salud)

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD     ND     DO     ARNP     PA

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Name (print)

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Exención de Membresía Religiosa (Religious Membership Exemption)

Complete esta sección **SÓLO** si pertenece a una iglesia o religión que objeta el uso del tratamiento médico. Use la sección anterior si tiene una objeción religiosa a las vacunas, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su hijo sea tratado por profesionales médicos como médicos y enfermeras.

#### Declaración del Padre/Tutor

Soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Afirmo que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas impiden que los profesionales de la salud brinden tratamiento médico a mi hijo. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o guardería infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre de la iglesia o religión de la cual usted es miembro: \_\_\_\_\_

# Certificado de Exención Médica

## Certificate of Exemption - Medical



Requisitos de vacunación de escuelas, guarderías y preescolar *Complete el cuadro para el tipo de exención deseada*

**Apellido(s) del niño:** (Child's Last Name)      **Nombre:** (First Name)      **Inicial (2<sup>do.</sup> Nombre):** (Middle Initial)      **Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa): (Birthdate)      **Género/Sexo:** (Gender)

**AVISO:** Un padre o tutor puede eximir a su hijo de algunas o todas las vacunas enumeradas a continuación al enviar este formulario completo a la escuela y/o cuidado infantil del niño. Una persona que ha sido exenta de una vacuna se considera en riesgo de contraer la enfermedad o enfermedades para las que la vacuna ofrece protección. Los niños/estudiantes exentos pueden ser excluidos de las instalaciones y actividades de la escuela o guardería durante un brote de la enfermedad contra el que no se hayan vacunado completamente. Las enfermedades contra las que las vacunas pueden proteger aún existen, y pueden diseminarse rápidamente en la escuela y en el entorno de cuidado infantil. Las vacunas son una de las mejores formas de proteger a las personas contra la transmisión y propagación de enfermedades que pueden provocar enfermedades graves, discapacidad o la muerte.

### Medical Exemption *Licensed Health Care Practitioner (MD, ND, DO, ARNP, PA) completes this section.*

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine antigen required by rule of the state board of health only if in his or her medical judgment, the vaccine antigen is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine antigen is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine ([RCW 28A.210.090](http://RCW 28A.210.090)). Guidance for medical exemptions for vaccination can be obtained from the contraindications, indications, and precautions described in the vaccine manufacturer's package insert and by the most recent recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) available in the Centers for Disease Control and Prevention publication, Guide to Vaccine Contraindications and Precautions. This guide can be found at the following website:

<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>

*Please indicate which vaccine antigen(s) the medical exemption is referring to:*

Disease (Enfermedad)	Permanent (Permanente)	Temporary (Temporal)	Expiration Date for Temporary Medical (Fecha de expiración para exenciones médicas temporales)
Diphtheria (Difteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (Sarampión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (Paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (Tos ferina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (Neumococo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (Rubéola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (Tétanos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (Varicela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I declare that vaccination for the disease/s checked above is not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD    ND    DO    ARNP    PA

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Name (print)

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Declaración del Padre/Tutor (Parent/Guardian Declaration)

He discutido los beneficios y riesgos de las vacunas con el profesional de la salud que otorga esta exención médica. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Historial de salud infantil

Fecha: \_\_\_\_\_

El nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

### Child's Health History

Historial de salud del niño: \_\_\_\_\_

Estado de la Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema importante durante el embarazo o el parto?

No  Sí (explique):: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido una cirugía o ha sido hospitalizado?

No  Sí (explique):: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vez que lo vio un proveedor de atención médica (por razones distintas a las inmunizaciones): \_\_\_\_\_

### la medicación

¿Su hijo toma medicamentos regularmente?  No  Si, motivo: \_\_\_\_\_

Nombre del (de los) medicamento(s), dosis y cuándo se toma: \_\_\_\_\_

### ¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?

- |  |                             |  |
|--|-----------------------------|--|
| Asma   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Otros problemas respiratorios                  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Seizures or other neurological problems        | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Heart or other cardiovascular problems         | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Corazón u otros problemas cardiovasculares     | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Intestino u otros problemas gastrointestinales | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Problemas de huesos o articulaciones           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Eccema o problemas de la piel                  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Infecciones de oído frecuentes o tubos         | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Otros problemas de oído, nariz o garganta      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Exposición a la tuberculosis                   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Varicela o vacunación para tales               | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Diabetes u otros problemas endocrinos          | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| Lesión o abuso                                 | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |
| enfermedad del coche                           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si, motivo: _____ |

Otro (describir): \_\_\_\_\_

## Historial de salud infantil

### Historia de la nutrición

¿Hay algún alimento o bebida que su hijo no deba comer por motivos culturales, religiosos, personales o médicos?

Aparte de las alergias? (Nota: use la tabla de alergias en la página siguiente para enumerar cualquier alergia a alimentos o bebidas)

Sí (enumere a continuación):  No (pase a la siguiente pregunta)

Nombre del alimento/bebida: \_\_\_\_\_  Cultural  Religioso  Personal  Médico/describa: \_\_\_\_\_

Nombre del alimento/bebida: \_\_\_\_\_  Cultural  Religioso  Personal  Médico/describa: \_\_\_\_\_

Nombre del alimento/bebida: \_\_\_\_\_  Cultural  Religioso  Personal  Médico/describa: \_\_\_\_\_

Nombre del alimento/bebida: \_\_\_\_\_  Cultural  Religioso  Personal  Médico/describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún problema para masticar o tragar?  No  Sí, razón: \_\_\_\_\_

Marque la casilla si tiene inquietudes acerca de su hijo:  Hábitos alimenticios  Estatura  Peso

Describir: \_\_\_\_\_

### Historial de alergias

¿Su hijo tiene alergias o reacciones (incluidas intolerancias) a alimentos, medicamentos, insectos, animales u otras sustancias?\*

Sí (cuadro completo a continuación)  No (saltar al historial dental)

¿Tiene epinefrina (epi-pen) disponible en casa para la alergia de su hijo?  No  si

Alergia a la comida	Reacción y/o síntomas del niño	Potencial grave ¿Reacción?	Médico/fecha de diagnóstico
_____	<input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	<input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	<input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	<input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	<input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
_____	<input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

\* Si la alergia tiene el potencial de ser grave, el proveedor de atención médica del niño debe completar una declaración médica y se debe completar un plan de atención de alergias.

### Historia Dental

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría la salud dental de su hijo?  Muy bueno  Algo bueno  Regular  Algo malo  Muy malo

¿Alguna vez su hijo ha tenido una lesión en los dientes o las encías?  No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

¿Se ha quejado su hijo de dolor en los dientes o las encías?  No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

¿Hay flúor en el agua de su hogar o su hijo está tomando un suplemento de flúor recetado?  No  si

## Historial de salud infantil

### Parental Concerns

¿Tiene alguna preocupación sobre la visión de su hijo?

No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre la audición de su hijo?

No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre el habla de su hijo?

No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo?

No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo?

No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra preocupación acerca de su hijo?

No  Sí (explique): \_\_\_\_\_

Información adicional sobre inquietudes:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Hoja de permiso para desinfectante de manos/protector solar

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Los cálidos rayos del sol pueden ser duros, especialmente para los niños. Si su hijo necesita un protector solar especial, etiquételo con su nombre.

Sección 1. Doy permiso para que el personal de Boys & Girls Club ayude a aplicar (si es necesario) desinfectante de manos/protector solar a mi hijo.

Sí, puede aplicar protector solar/desinfectante de manos

No, no puede aplicar protector solar

No, no puede aplicar desinfectante para manos

Si no desea que el personal lo ayude a aplicar protector solar, asegúrese de que su hijo sepa cómo aplicarlo de manera efectiva y rápida por sí mismo. Proporcione protector solar adecuado con el nombre del niño escrito en él. Asegúrese de revisar su mochila todos los días para asegurarse de que haya suficiente para el día siguiente.

**Sección 2. Doy permiso para que el personal de Boys & Girls Club use protector solar genérico en mi hijo.**

Sí, puede aplicar protector solar

No, no puede aplicar protector solar

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Sección 3. SIN OPCIÓN DE PROTECTOR SOLAR**

Los padres/tutores que no deseen que se aplique protector solar a sus hijos deben firmar a continuación:

Soy consciente de que, en caso de que mi hijo sufra una quemadura solar, de cualquier grado debido a mis elecciones como padre/tutor de no:

- utilizar protector solar,
- o haga que el personal ayude a aplicar protector solar
- o hacer que el niño use ropa protectora para el campamento

según lo exige el Boys & Girls Club, que la organización no se hace responsable de la lesión de mi hijo.

Elegí no proporcionar bloqueador solar o ropa protectora.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Acuerdo y política de gestión de la conducta

El Boys & Girls Club reconoce y respeta a los niños como personas con sentimientos, valores y necesidades únicos. Creemos que el refuerzo positivo y la modificación de la conducta a través de las consecuencias son métodos efectivos de interacción, particularmente cuando se trata de problemas de conducta.

Escriba sus iniciales en las líneas a continuación para demostrar que ha leído y comprende las siguientes políticas y procedimientos. Además, hable sobre nuestra política de comportamiento con su hijo.

Las reglas de las 3-R

Se ESPERA que los niños:

Respetar al personal (incluidos los voluntarios), p. Abstenerse de “responder” al personal.

Respétate a ti mismo y a los demás: p. abstenerse de menospreciarse o de herir los sentimientos de otra persona

Respetar el Club: ej. abstenerse de destruir o robar propiedad del club

En caso de comportamiento inapropiado, se tomarán las siguientes medidas:

\_\_\_ 1. Una conversación entre el niño y el miembro del personal para identificar el problema y determinar una posible solución. En este punto, a los niños se les da la oportunidad de explicar lo que sucedió y de elegir lo que deben hacer a continuación.

\_\_\_ 2. Eliminación/pérdida de privilegios de la actividad (“tiempo para relajarse”) \$0 Esto le permite al niño controlar una situación difícil, pensar en formas alternativas y positivas de manejar la situación y/o escribir o dibujar una carta de disculpa. Cuando se le pide a un niño que esté en “tiempo de relajación”, se registra en el registro de tiempo de relajación. Si un niño inicia sesión tres veces en un día, se emitirá un informe de disciplina.

\_\_\_ 3. Cuando los pasos 1 y 2 hayan fallado, o cuando se rompa una regla peligrosa, se emitirá un Informe de Disciplina a los padres explicando lo que sucedió. Toda la documentación será archivada y mantenida confidencial. Los proyectos de servicio del club (por ejemplo, sacar reciclaje, organizar, limpiar) también se pueden dar como consecuencia. La acumulación de tres informes disciplinarios en un mes puede resultar en una suspensión a corto plazo (hasta una semana) y/o una conferencia con los padres/tutores.

\_\_\_ 4. Se llevará a cabo una conferencia de padres/tutores cuando ocurran problemas de comportamiento repetidos y/o cuando un comportamiento sea peligroso para el niño y/u otros niños. Los padres/tutores, el niño y el personal hablarán sobre el comportamiento y las posibles soluciones. En este momento se propondrán, acordarán y documentarán las consecuencias futuras por el comportamiento continuo y las recompensas futuras por el comportamiento mejorado.

\_\_\_ 5. Suspensión/Despido: Si no se mantiene el acuerdo, o si un niño recibe tres informes disciplinarios en un mes, se llevará a cabo otra reunión con el niño, el personal y los padres. En este momento, se requerirá una suspensión a corto plazo (hasta 1 semana) o a más largo plazo y se analizará si este es el programa adecuado para el niño. Si la suspensión no es efectiva, el niño será expulsado del programa. No se darán reembolsos por suspensiones o despidos.

\_\_\_ 6. \*\*\*Comportamiento peligroso/violento: si su hijo se comporta de una manera que lo pone a sí mismo, al personal o a otros niños en peligro (comportamiento violento, amenazas hacia o golpeando al personal, o huir del Club o sitio) se llamará a los tutores para que recojan a su hijo de inmediato, independientemente del comportamiento anterior. Tal comportamiento puede justificar la suspensión inmediata. Si usted o alguien que usted designe no puede recoger a su hijo de inmediato en tales situaciones, no permitiremos que continúe participando en nuestro programa. Si no se puede contactar a un padre, entonces, por la seguridad de los niños y el personal, es posible que debamos llamar a la policía, ya que nuestro personal no puede sujetar a los niños. Se requerirá que los tutores del niño paguen todos los cargos/daños incurridos. Después de un incidente, el personal se reunirá para determinar si el niño puede regresar al club.

Yo, \_\_\_\_\_ y mi hijo hemos leído, firmado con mis iniciales y acordado seguir todas las políticas y procedimientos enumerados en la Política de Manejo del Comportamiento de Boys & Girls Clubs of Snohomish County. He dirigido todas las preguntas sobre estas políticas al Director de Cuidado Infantil 425-774-3022.

Firma del niño: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Acuerdo y políticas del club

Indique que ha leído y entendido la siguiente información colocando sus iniciales en cada línea.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Transporte - Política de furgonetas del año escolar

\_\_\_\_\_ Los padres informarán al Club a las 2 p.m. si su hijo NO necesita ser recogido.

Si hay una decisión de última hora para recoger a un niño, el padre debe encontrar al conductor de la camioneta en la escuela para informarle; tenga una identificación con foto lista.

\_\_\_\_\_ Después de un recordatorio por primera vez, si los padres olvidan comunicarse nuevamente con el Club, habrá un cargo de \$20 cada vez.

### Política de verano

\_\_\_\_\_ En los días de excursión, los niños deben estar en el Club a las 9 a. m. para garantizar un lugar en el autobús.

\_\_\_\_\_ Una vez que se ha tomado la asistencia y los niños se han subido al autobús, no se permitirá subir a los que lleguen tarde.

\_\_\_\_\_ Es posible que deba haber cambios de última hora en los horarios y lugares de salida, por lo que no se entregará un horario diario.

\_\_\_\_\_ A menos que haya una emergencia, los niños deben ser recogidos en el Club y no en los lugares de las excursiones. Los grupos generalmente regresan de las excursiones a las 4 p.m.

\_\_\_\_\_ Debe dar un aviso de 6 días hábiles para cancelar una semana en la que está inscrito.

### Política de telefonía celular

\_\_\_\_\_ Debido a la importancia de la privacidad y los problemas generales con los teléfonos celulares, se requiere que todos los teléfonos estén guardados (no visibles) en todo momento.

\_\_\_\_\_ Si un niño necesita hacer una llamada telefónica a sus padres mientras está con los líderes del Club, debe preguntarle al personal antes de llamar. Los miembros del Club también pueden usar el teléfono del Club para comunicarse con los padres.

\_\_\_\_\_ Está estrictamente prohibido tomar fotografías y videos en el Club o eventos del Club.

\_\_\_\_\_ Los miembros llevan teléfonos celulares/dispositivos electrónicos BAJA SU PROPIO RIESGO. Boys & Girls Clubs of Snohomish County NO es responsable por teléfonos o dispositivos electrónicos perdidos, robados o dañados.

### Política de juguetes

\_\_\_\_\_ Debido a muchos problemas (que incluyen: pérdida de juguetes, peleas por juguetes, juguetes rotos), ¡todos los juguetes (incluidas las tarjetas) deben quedarse en casa! Electrónica, Legos y pelotas no se pueden traer al Club en ningún momento.

\_\_\_\_\_ Boys & Girls Clubs of Snohomish County no será responsable si algún artículo se pierde, es robado o dañado.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

## Políticas y procedimientos del club para nuestro programa de tecnología

Nuestro objetivo es crear un ambiente profesional donde todos los estudiantes y miembros del personal sigan las políticas y procedimientos. Todos debemos ser consistentes y modelar los comportamientos apropiados.

### Reglas del laboratorio de computación:

1. No se permiten alimentos, dulces ni bebidas en el laboratorio.
2. No correr ni jugar con caballos.
3. Trate todo el equipo con respeto
4. Deje el laboratorio más limpio de lo que lo encontró
5. Empuje las sillas cuando termine de usar las computadoras
6. No se permiten mochilas en los laboratorios.

### Expectativas de comportamiento del estudiante:

1. Siga todas las reglas del laboratorio de computación en todo momento
2. Siga las instrucciones del personal
3. Sea respetuoso con los adultos y compañeros en todo momento
4. Los miembros no visitarán sitios inapropiados
5. Los miembros no responderán a ningún mensaje o sitio web no solicitado.

### Pautas de uso responsable de la computadora:

La red informática y el acceso a Internet de Boys & Girls Clubs of Snohomish County están disponibles para que los miembros mejoren su experiencia y se alfabeticen en un mundo cada vez más tecnológico. Las siguientes pautas se aplican a todos los usuarios siempre que utilicen un laboratorio informático de Boys & Girls Clubs of Snohomish County.

### Propósito educativo:

El programa de tecnología para Boys & Girls Clubs del condado de Snohomish se estableció con fines educativos limitados a actividades en el salón de clases, juegos y actividades de aprendizaje educativo, desarrollo profesional e investigación académica independiente en sitios apropiados. El programa de tecnología no se ha establecido como un servicio de acceso público o foro público.

### Usos inaceptables:

Sin instalar software no aprobado

Sin mensajería instantánea

Sin correos electrónicos personales

No acceder o descargar sitios inapropiados (cualquier sitio que muestre violencia, sexo, lenguaje o vestimenta inapropiados)

### Si un miembro accede accidentalmente a un sitio inapropiado, haga lo siguiente:

1. Apaga tu monitor
2. Levante la mano y dígame al miembro del personal sobre el problema.

Los miembros del personal tendrán que usar buen juicio y discreción. Si un miembro del personal piensa de alguna manera que un sitio es inapropiado, probablemente lo sea.

### Actividades ilegales:

No intentará obtener acceso no autorizado a la red de Boys & Girls Clubs of Snohomish County ni a ningún otro sistema informático a través de esta red. Esto incluye intentar iniciar sesión a través de la cuenta de otra persona o acceder a los archivos de otra persona. Estas acciones son ilegales, incluso si solo tienen el propósito de “navegar”. \$0 No intentará deliberadamente interrumpir el sistema informático o destruir datos mediante la propagación de virus informáticos. No utilizará la red para participar en ningún acto ilegal, incluidos, entre otros, participar en actividades delictivas o amenazar la seguridad de otra persona.

### **Sistema de seguridad:**

Usted es responsable de su cuenta de usuario individual y debe tomar todas las precauciones razonables para evitar que otros puedan usar su cuenta. Bajo ninguna condición debe proporcionar su contraseña a otra persona. Notificará de inmediato al Director de la Unidad o a cualquier otro miembro del personal si ha identificado o presenciado un posible problema de seguridad. No busque problemas de seguridad, ya que esto puede interpretarse como un intento ilegal de obtener acceso.

### **Lenguaje inapropiado:**

Las restricciones contra el lenguaje inapropiado se aplican a los mensajes públicos, mensajes privados y material publicado en las páginas web. No utilizará formas de comunicación inaceptables o irrespetuosas. Esto se aplica al lenguaje verbal, no verbal y escrito, diagramas, fotografías, representaciones, videos o cualquier otra forma de comunicación. No publicará información que pueda causar daño o peligro de interrupción. No participará en ataques personales, incluidos los ataques perjudiciales o discriminatorios. No acosará a otra persona. Acosar es actuar de una manera que angustia o molesta a otra persona. Si una persona le dice que deje de enviar mensajes, debe detenerse. A sabiendas o imprudentemente publicar información falsa o difamatoria sobre una persona u organización.

### **Respeto a la privacidad:**

No volverá a publicar un mensaje que se le haya enviado de forma privada sin el permiso de la persona que le envió el mensaje. No publicará información privada sobre otra persona.

### **Plagio e infracción de derechos de autor:**

No plagiarás obras que encuentres en Internet. El plagio es tomar ideas o escritos de otros y presentarlos como si fueran propios. Respetará los derechos de los propietarios de los derechos de autor. La infracción de derechos de autor ocurre cuando reproduce un trabajo que está protegido por derechos de autor sin autorización. Si un trabajo contiene lenguaje que especifica el uso apropiado de ese trabajo, debe seguir los requisitos. Si tiene alguna pregunta como cualquier miembro del personal.

### **Acceso inapropiado al material:**

No utilizará Boys & Girls Clubs of Snohomish County para acceder a material que sea profano u obsceno (pornografía) que defienda actos ilegales o que promueva la violencia o discriminación hacia otras personas (literatura de odio) \$0 Si accede por error a información inapropiada, debe informe inmediatamente a un miembro del personal. Esto lo protegerá contra un reclamo de que ha violado intencionalmente esta política. Se realizará una búsqueda individual si existe una sospecha razonable de que ha violado estas pautas o la ley.

### **Acciones disciplinarias:**

A los miembros que violen las Pautas de uso responsable se les pueden negar futuros privilegios de Internet y/o red durante un período de tiempo específico. También pueden estar sujetos a otras medidas disciplinarias establecidas por el personal de Boys & Girls Clubs of Snohomish County. La suspensión o expulsión inmediata puede resultar en cualquier situación en la que, a juicio del personal, la seguridad de cualquier individuo esté en riesgo.

Como padre o tutor de este niño, he leído las Pautas de uso responsable de Boys & Girls Clubs of Snohomish County. Entiendo que el acceso a las redes de Boys & Girls Club e Internet está diseñado con fines educativos y que Boys & Girls Club ha tomado precauciones para educar a los miembros sobre los materiales educativos apropiados. Sin embargo, se entiende que no importa cuánta supervisión y control pueda ofrecer el personal del club, siempre existirá la posibilidad de que mi hijo entre en contacto con material inapropiado, y no celebraré los Boys & Girls Clubs of Snohomish County y El personal del club es responsable.

También doy permiso al Boys & Girls Club para publicar fotografías/videos de mi hijo y/o sus obras de arte creativas en el sitio web del Boys & Girls Club o para su uso con fines promocionales y de marketing.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_