



## Formulario de autorización e inscripción en el proyecto Insight

Por medio de la presente certifico que soy el \_\_\_ (padre/tutor legal) de \_\_\_\_\_  
(nombre del participante) y autorizo expresamente a que él/ella participe en las actividades recreativas del programa del Proyecto Insight del Departamento de Parques y Recreación de San Francisco, incluyendo viajes de una noche, paseos, caminatas y excursiones a lugares fuera de las instalaciones del Departamento de Parques y Recreación de San Francisco, como parte del programa establecido a cargo del Director del Departamento. Además, por la presente libero a la Ciudad y Condado de San Francisco y/o al Director a cargo de toda responsabilidad relacionada con tales actividades recreativas que puedan afectar a mi hijo o niño bajo tutela antes mencionado. Además, consiento que mi niño viaje en las furgonetas u otros vehículos del Departamento.

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
MES / DÍA / AÑO

LENGUAS QUE HABLA/FIRMA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO (H) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_ (CELULAR/LOCALIZADOR PERSONAL) \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO O AÑO \_\_\_\_\_ MAESTRO/A \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

HORARIO EN EL QUE SE RETIRA DE LA ESCUELA CADA DÍA - \_\_\_\_\_ ¿ASISTE A LA

ESCUELA DE VERANO? S\_\_ N\_\_

### PUBLICACIÓN DE IMAGEN

Al colocar las iniciales abajo, autorizo al Proyecto Insight a utilizar la imagen y/o nombre del participante antes mencionado para publicidad, incluyendo carteles, publicaciones, anuncios de servicio público y películas y videos.

INICIALES \_\_\_\_\_

### CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

En caso de no poder contactarlo en los números antes mencionados, por favor indique su información de seguro médico y el nombre de un familiar o amigo o trabajador social a quien podamos contactar en caso de emergencia.

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO (H) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_ (CELULAR/LOCALIZADOR PERSONAL) \_\_\_\_\_



**RESTRICCIONES DE ALIMENTOS (Por favor enumere cualquier restricción o alergia a ciertos alimentos)**


**INFORMACIÓN MÉDICA (Si el participante tiene alguna de las siguientes condiciones, por favor marque "Sí" y suministre detalles en el lado derecho de esta sección. Por favor especifique. Puede utilizar la parte de atrás de este formulario o adjuntar información adicional si es necesario)**

- ¿Problemas de visión o ceguera? ¿Necesita anteojos? Sí  No
- ¿Problemas con los dientes - utiliza dentadura, puente o frenos? Sí  No
- ¿Episodios de vértigo, desmayos, convulsiones o dolores de cabeza persistentes? Sí  No
- ¿Asma o problemas respiratorios? Sí  No
- ¿Palpitación o ritmo cardiaco irregular, soplo cardiaco? Sí  No
- ¿Ictericia o hepatitis? Sí  No
- ¿Fractura de huesos, dislocación de las articulaciones, esguince grave? Sí  No
- ¿Alguna lesión severa en la cabeza, pecho u órganos internos? Sí  No
- ¿Alergias a medicamentos o alimentos específicos, picadura de insecto o abeja? Enumere: Sí  No

--

- ¿Historial de diabetes, problemas de tiroides o enfermedad cardiaca? Sí  No
- ¿Otros trastornos médicos o neurológicos significativos? Sí  No
- ¿El participante fuma? Sí  No

**MEDICAMENTOS:**

Nombre del medicamento:	Dosis:	Horario:	Razón por la que se administra la medicación:

**COMPAÑÍA DE SEGURO** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE PÓLIZA** \_\_\_\_\_ **DOCTOR** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_  
Firma del participante o padre o tutor legal si es menor de 18 años

***DEBE DEVOLVER ESTE FORMULARIO PARA PODER PARTICIPAR EN CUALQUIER PROGRAMA DEL PROYECTO INSIGHT***

El Departamento de Parques y Recreación de San Francisco prohíbe la discriminación por raza, religión, color, nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, o discapacidad en sus programas o actividades. Si alguna persona siente que ha sido discriminada en alguna actividad, programa o lugar en el Departamento, puede presentar un reclamo ante este Departamento en 501 Stanyan Street, San Francisco, CA 94117 o en la Oficina de Igualdad de Oportunidades, Secretaría de Gobernación de EE.UU., Office of Equal Opportunity, U.S., Department of the Interior, Washington, D.C. 20240.