



**A KID AGAIN – FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Favor de completar la información abajo sobre el/la niño/a con la enfermedad potencialmente fatal y sobre los miembros de su familia. Para inscribir a más de un/a niño/a con enfermedad potencialmente fatal, favor de completar una solicitud distinta para cada niño/a. Por favor, entregue todas las páginas juntas a su oficina local. (Hay una lista de oficinas y direcciones en la última página de este documento.)

**Información sobre el/la niño/a inscrito/a:**

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Sexo:  H(hombre)  M (mujer) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)

**Diagnóstico primario** (enfermedad potencialmente mortal): \_\_\_\_\_

Diagnósticos adicionales: \_\_\_\_\_

Requiere **silla de ruedas**:  Sí  No Requiere la presencia de una **enfermera/asistente**:  Sí  No

**Nombre del/de la profesional médico/a (MD, NP, PA):**

Nombre (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre completo de  Madre o  Tutor legal #1 \_\_\_\_\_

Nombre completo de  Padre o  Tutor legal #2 \_\_\_\_\_

Si el tutor mencionado arriba no vive en el mismo domicilio, especifique su nombre y dirección aquí:

Número de teléfono: principal  celular  fijo \_\_\_\_\_ Alternativo:  celular  fijo \_\_\_\_\_

Correo electrónico principal \_\_\_\_\_

Correo electrónico secundario \_\_\_\_\_

**Información sobre hermanos: (H=hombre, M=mujer) (Fecha de nac.: mes/día/año)**

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ H / M Fecha de nac: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ H / M Fecha de nac: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ H / M Fecha de nac: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ H / M Fecha de nac: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ H / M Fecha de nac: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ H / M Fecha de nac: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ H / M Fecha de nac: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Son Uds. los padres de acogida de otros niños o de los niños listados arriba?  Sí  No

Tenga en cuenta: Requerimos una copia de los documentos jurídicos si tiene la custodia legal de hijo(s) de otra persona, o si Ud. es padre de acogida de un niño antes de su participación en A Kid Again.



## ADICIONAL EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN

**Niño inscrito:** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Exención de responsabilidad: Por mi firma abajo, y en consideración de que A KID AGAIN, nos lleve de excursión a mi esposo/a, a mis hijos, a cualquier miembro de mi familia y/o a mí, yo libero de responsabilidad a A KID AGAIN and a todos sus agentes, oficiales, servidores, empleados, donantes, voluntarios y/o cualquier participante de cualquier responsabilidad, con relación a la preparación y el desempeño de cualquier y cada una de las excursiones en nombre del niño arriba mencionado. El ámbito de este comunicado incluye, pero no está limitado al transporte, la comida, el alojamiento, los intereses médicos (físicos y emocionales), el entretenimiento, la fotografía y la lesión física de cualquier tipo.

### **Materiales promocionales y redes sociales:**

Para continuar su misión, A KID AGAIN, a través de sus agentes, oficiales, funcionarios, servidores o empleados, de vez en cuando fotografía, filma, y/o graba electrónicamente entrevistas con padres o tutores. Estos materiales pueden ser distribuidos ahora o en cualquier momento en el futuro a quien sea incluyendo al público, a periódicos, estaciones de radio, estaciones de televisión, revistas, presentaciones al público, redes sociales, u otros medios de comunicación o en la página web de A KID AGAIN.

A KID AGAIN también mantiene páginas de redes sociales como Facebook, Instagram and Twitter. De esta manera, A KID AGAIN quiere dar la bienvenida a nuevos participantes y compartir fotos y otra información sobre los niños que participan en nuestras excursiones. Esto puede incluir el nombre y enfermedad del niño.

### **Favor de seleccionar uno de los siguientes:**

**¡Sí!** Con mi firma abajo, yo autorizo /nosotros autorizamos a A KID AGAIN a fotografiar, filmar, o grabar electrónicamente a nosotros y a distribuir dichos materiales de la manera que quieran. También autorizo/autorizamos a A KID AGAIN a publicar actualizaciones online o fotos de nosotros en redes sociales que incluyan nuestros nombres y/o la enfermedad de nuestro hijo.

**No.** No Yo no autorizo /Nosotros no autorizamos a A KID AGAIN a fotografiar, filmar, o grabar electrónicamente a nosotros y ni a distribuir dichos materiales de ninguna manera. No autorizo A KID AGAIN a publicar actualizaciones online o fotos de nosotros en redes sociales. Comprendo que la mayor parte de los eventos de A KID AGAIN tienen lugar en entorno grupal. Por tanto, entiendo que es mi/nuestra responsabilidad de excusarnos y a nuestro hijo de situaciones donde se entiende razonablemente que A KID AGAIN fotografíe, filme, o grabe electrónicamente a los participantes y de notificar a A KID AGAIN que no participamos. En el caso de que nosotros no nos excusemos ni notifiquemos a A KID AGAIN sin demora, yo libero de responsabilidad la no participación de nosotros.

Reconozco que en ningún caso se hará responsable a A KID AGAIN por fotos, películas o grabaciones, incluyendo las de redes sociales, de nosotros/de mí y de mi hijo, tomadas por terceros, en los eventos de A Kid Again. Por lo presente declaro que he leído esta exención y la he ejecutado libremente, voluntariamente, y sin remuneración. Doy permiso para mi mismo y/o mis hijos a participar en excursiones de A KID AGAIN como se describe aquí.

### **Estudios de investigación:**

A veces, la administración de A KID AGAIN ("AKA") puede iniciar una investigación no-clínica dirigida por nuestro personal o por una organización de investigación exterior. Estos estudios nos ayudarán a evaluar el programa de AKA a través de encuestas de la satisfacción de familias y el análisis del impacto en los resultados médicos y psicosociales de los niños que AKA sirve. La meta de estos estudios es asegurar que el programa de AKA satisface las necesidades de los niños y familias que AKA sirve además de cuantificar su impacto en los resultados del tratamiento. Con su firma aquí, usted accede a permitir que personal de AKA o sus agentes les contacten para discutir la experiencia de su familia con AKA o para pedir su consentimiento a participar en un estudio de investigación para analizar resultados. AKA y sus agentes mantendrán confidencial la información sobre la condición médica y tratamiento de su hijo, y ni AKA ni sus agentes usarán ni de otra manera revelarán información sobre la condición o tratamiento de su hijo por ningún otro uso ni a ninguna otra parte.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## INFORMACIÓN PERSONAL

**Niño inscrito:** Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Recopilamos estos datos para solicitudes de becas que nos ayudan a proveer más aventuras y apoyo para nuestras familias. Las becas nos pueden pedir información demográfica como los ingresos, la raza, la religión, el distrito escolar, etc.

Raza del niño inscrito:  Blanca/no-hispana  Negra o afroamericana  Latino  Asiática  
 Indígenas de las Américas o nativos de Alaska  Nativa de Hawái o Islas del Pacífico  Otra

Nombre de la escuela donde el/la niño/a está inscrito: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros de salud:  Anthem  Aetna  BCBS  Cigna  Humana  UHC  
 CareSource  Otro \_\_\_\_\_

Ingresos anuales del hogar:  0-\$30K  \$31-55K  \$56-75K  \$76-100K  \$101-150K  \$150k+

Empleador de madre/tutor #1: \_\_\_\_\_

Empleador de padre/tutor #2: \_\_\_\_\_

Durante nuestra campaña anual de recaudación de fondos, con frecuencia nos preguntan las corporaciones si alguno de nuestros padres trabaja para su compañía. Las corporaciones son más propensas a apoyarnos si saben que beneficiará a sus empleados.

Otros idiomas que se hablan en el hogar:  el español  el árabe  el mandarín  el francés  
 el somalí  la lengua de señas

Indique lo siguiente si se le aplica:  familia militar  LGBTQ

¿Cómo oyó sobre A KID AGAIN?  FB  Twitter  Otras redes sociales  Otra familia  La escuela  
 el Internet  TV/radio/noticias  Hospital/clínica médica  Otro \_\_\_\_\_

Si tiene página de FaceBook u otra red social que quiere que nosotros sigamos, favor de escribirlo aquí.

FB  Twitter  Instagram  Otra \_\_\_\_\_

## A KID AGAIN – INFORMACIÓN SOBRE NUESTRAS SUCURSALES

No dude en contactarnos con preguntas. Favor de mandar su formulario completado por correo electrónico, Fax o correo postal a:

A Kid Again – National Office  
777-G Dearborn Park Lane  
Columbus, Ohio 43085  
Fax: 614-797-9600  
Email: [enroll@akidagain.org](mailto:enroll@akidagain.org)