



LIGA DE ACTIVIDADES DE LA POLICÍA DE SAN MATEO

200 Franklin Parkway, San Mateo CA 94403

650-522-7725

FAX 650-522-7551

www.sanmateopal.org

PAL Staff Only: Shirt Size _____
 New Member Shirt received _____

Solicitud de Membresía (Una solicitud por cada niño)

Esta información se mantendrá de manera estrictamente confidencial y no será distribuida o vendida a nadie más. Se utiliza únicamente para asegurar una programación exitosa.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN TINTA Y CON LETRA DE MOLDE

Información del niño o niña

Nombre del/a niño/a: _____ Apellido del/a niño: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Niño/a vive con: Ambos Padres Madre Padre Otro: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____ Apellido: _____ D.O.B _____

Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular / Buscapersonas) _____ Correo electrónico _____

Nombre de la Madre o Tutor: _____ Apellido: _____ D.O.B _____

Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular / Buscapersonas) _____ Correo electrónico _____

Contacto de Emergencia (Persona diferente a los padres/tutores): Nombre: _____

Teléfono (Día) _____ (Tarde) _____ (Célula / Buscapersonas) _____ Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento del niño/a: Mes ___ Día ___ Año ___ Edad: ___ Sexo: Masculino Femenino Escuela: _____ Grado: _____

Nombres de los Hermanos: _____

Demografía de la Familia

Tamaño de la Familia: Número total de miembros de familia que viven en su casa (niños y adultos incluyendo a usted): _____

Ingresos: Por favor marque la caja que mejor describe el total de los ingresos anuales antes de impuestos en su casa.

- Menos de \$10,000
 \$10,000-\$19,999
 \$20,000-\$27,449
 \$27,450 - 45,749
 \$45,750 - 73,199
 \$73,200 - 91,499
 \$91,500 en adelante

¿Califica su familia para el Programa de Almuerzos a Precios Reducidos? Si o No

Origen Étnico: Marque solamente la caja que mejor indique el origen étnico de su niño/a

- Asiático Afroamericano
 Caucásico Islas del Pacífico
 Hispánico Múltiple /Raza mixta

Idioma principal hablado en casa: Inglés Otro (¿Qué idioma?) _____

Estado Civil de los Padres: Escoja la opción que describe mejor a su familia en este momento.

- Jefe de familia soltero
 Casado
 Separado/Divorciado
 Viudo
 Padre de Crianza
 Tutor
 Otro

Misceláneo

Hasta donde lo permita la ley, yo por medio de la presente absuelvo a la Liga de Actividades de la Policía de San Mateo, sus empleados, agentes, contratistas independientes, y oficiales, de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de mi/nuestra participación en las actividades en que yo o cualquier miembro de mi cuenta de la familia participemos o nos registremos en; y, si en caso de que el participante arriba mencionado sea un menor, yo por la presente doy mi permiso para su participación y al hacer esto, absuelvo a la Liga de Actividades de la Policía de San Mateo, sus empleados, y oficiales de tal responsabilidad. Estoy consciente de que si me he inscrito para una clase que involucra actividad física, yo he tenido la precaución de inscribirme en una clase al nivel apropiado a mis/nuestras habilidades físicas y/o condición médica. Yo libero el uso de mis/nuestras fotos tomadas durante la participación en el programa de todo y cualquiera reclamo y demanda resultante de su uso para la publicidad del programa.

Firma de Padre o Guardián

Fecha

LIGA DE ACTIVIDADES DE POLICÍA DE SAN MATEO

200 Franklin Parkway, San Mateo CA 94403 650-522-7725 FAX 650-522-7551

www.sanmateopal.org

Información Médica y Consentimiento a Tratamiento

Nombre del Solicitante de PAL _____

Información Médica/de Seguro

¿Tiene SEGURO? _____ SI _____ NO

Compañía de Seguros _____ No. de la Póliza _____

Nombre del Médico _____ No. de Teléfono _____

Hospital o Clínica Preferida: _____

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Información médica importante, medicinas especiales, o instrucciones especiales de las cuales debemos estar enterados:

Haga una lista de cualquier restricción al tratamiento médico: _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO: AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo/nosotros, signatarios, padre(s) o guardianes legales de _____, un menor, por medio la presente autorizamos al personal de la Liga de Actividades de la Policía de San Mateo, o a un representante autorizado, en calidad de agente(s) del signatario, a dar el consentimiento necesario para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y cuidado en el hospital que se sean prestados bajo la supervisión específica o general de cualquier médico y cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley del Ejercicio de la Medicina de California o el personal médico de un hospital con licencia, ya sea que tal examen, diagnóstico o tratamiento sea hecho en la oficina de dicho médico o en tal hospital.

Queda entendido que esta autorización se da en anticipación de cualquier examen, diagnóstico, tratamiento, cuidado en el hospital específico y se da para dar autoridad y poder por parte de nuestros agentes nombrados anteriormente para dar consentimiento específico para todo y cualquier examen, diagnóstico, tratamiento o cuidado en el hospital que sea recomendado por el médico mencionado anteriormente en el ejercicio de de su mejor juicio.

Padre _____ Fecha _____

o
Madre _____ Fecha _____

o
Tutor _____ Fecha _____