



**Healing Hearts of Waukesha County, Inc.
Formulario de Inscripción**

	Adulto (s)	Niños Participantes # 1	Niños Participantes # 2	Niños Participantes # 3	Niños participantes # 4
Nombre: Incluya el apodo del niñ@ y su apellido, en caso de ser diferente del adulto	Nombre: Apodo: Padres(s) <input type="checkbox"/> Guardián(s) <input type="checkbox"/>	Nombre: Apodo:	Nombre: Apodo:	Nombre: Apodo:	Nombre: Apodo:
Edad, Fecha de Nacimiento, Grado, Escuela	Adultos que participarán en las sesiones de Healing Hearts: Nombre: Fecha de Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nac.: Edad: Grado: Escuela:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nac.: Edad: Grado: Escuela:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nac.: Edad: Grado: Escuela:	Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nac.: Edad: Grado: Escuela:
Origen Étnico					
Contacto en caso de emergencia, por cada participantes, incluidos adultos	Nombre: Teléfono:	Nombre: Teléfono:	Nombre: Teléfono:	Nombre: Teléfono:	Nombre: Teléfono:
Condiciones Médicas/ Alergias a alimentos o mascotas domésticas					
Problemas de Aprendizaje					
Almuerzo gratuito/Precio reducido		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Para propósitos de conseguir una subvención del gobierno, por favor indíquenos aproximadamente su nivel de ingreso familiar: Por debajo de \$25,000 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$25,000-50,000 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sobre 50,000					
Dónde escuchó usted de Healing Hearts?					
Dirección de su Domicilio(Calle, Ciudad, Código Postal):					
Números de Contacto # Casa:		# Cel.:		Dirección de Correo Electrónico:	

Puede Healing Hearts contactarlo a su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Horas de Trabajo usuales:	# Trabajo:
Razón por la cual ha venido a Healing Hearts: Fallecimiento <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Separación <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Encarcelamiento <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Despliegue Militar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por favor especifique:		
Circunstancias de su pérdida (por favor, descríbanos brevemente, como ocurrió):		
Cuándo ocurrió ésta (Fecha/Año)?		
Afilación Religiosa de la Familia/Fé que practican: Ninguna <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Judía <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Por favor especifique:		
PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU NINO AL FINAL DE LAS SESIONES, SI USTED NO ESTA PARTICIPANDO		

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA

Consentimiento Médico: En el evento de que suceda algún accidente o se declare alguna enfermedad, doy mi permiso para transportar a cualquier familiar que esté participando de las actividades en Healing Hearts, a un centro hospitalario de emergencia para ser atendido. También otorgo mi permiso a cualquier o todos los proveedores de salud designados por los voluntarios o personal de Healing Hearts, para otorgar a todos o cada uno de los miembros de mi familia, identificados previamente como participantes de Healing Hearts, cualquier o todo tipo de tratamiento médico necesario relacionado a este accidente o enfermedad. Además, entiendo que mi familia y/o yo, seremos contactados a la brevedad posible y tan pronto como sea posible, ante una eventual emergencia médica y seré/seremos informado de todos los detalles relacionados con esta emergencia.

Firma del Padre o Madre/Guardián _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA TOMAR FOTOS O GRAVAR VIDEOS

Por este medio, doy mi consentimiento para que una o más fotos/videos sean tomados a mi o a algún miembro de mi familia que esté o estemos participando en Healing Hearts, y posteriormente, sea/sean usados en las actividades de este Programa durante el año (marque una o todas las alternativas que apliquen a su criterio, y por favor nombre a él/o los participantes de su familia que usted desee sean excluidos):

- Otorgo mi permiso para que las fotos/videos tomados sean usados en este programa.
- Otorgo mi permiso para que las fotos/videos tomados sean usados en comunicaciones de marketing de Healing Hearts, tales como: sitios de internet, puestos de exhibiciones, folletos, etc.
- Otorgo mi permiso para que las fotos/videos tomados, de mí, o de mi/mis hij@s, sean usados en comunicaciones públicas, tales como: diarios, publicaciones en línea, etc.
- No otorgo permiso para que algún/ningún miembro de mi familia (si usted desea nombrar a alguien específicamente, y negar su permiso, por favor denos su nombre de éste: _____)

Firma del Padre o Madre/Guardián _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA TERAPIA DE PERROS

Otorgo mi consentimiento para la participación de mi/mis hij@s, en la terapia de perros del Programa de Healing Hearts of Waukesha County. Por favor, si hay alguno de los miembros de su familia, que está actualmente atendiendo las sesiones de Healing Hearts, y que no se siente cómodo en presencia de perros, o tenga miedo de ellos, por favor nómbrelo a continuación:

Por favor, si alguno de los miembros de su familia, que está atendiendo las sesiones de Healing Hearts, tiene algún problema de salud que le impida estar en presencia de perros, por favor nómbrelo a continuación:

Firma del Padre o Madre/Guardián

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

Otorgo mi permiso para que el o los miembros de mi familia, nombrados anteriormente participen en el Programa de Healing Hearts of Waukesha County. Entiendo la importancia de que mi familia participe en cada sesión, para que de esta manera podamos recibir el mayor beneficio posible de este Programa de apoyo grupal. Y me comprometo en la participación de mi familia durante las 12 semanas de sesiones.

Firma del Padre o Madre/Guardián

Fecha

GUARDERIA INFANTIL

Por favor, denos el nombre y edad de cada niño por el cual necesitara guardería infantil durante las sesiones de Healing Hearts (habrá disponibilidad para niños menores de 4 años)

Por favor, envíe de vuelta los formularios, por correo, una vez los haya completado, a:

Healing Hearts of Waukesha County
121 W. Wisconsin Ave
Waukesha, WI. 53186

Siéntase en libertad de contactar a la Sra. Melissa al correo electrónico: mminkley.hhwc@gmail.com, o a la Sra. Julie, a: info.hhwc@gmail.com; o de llamar al: (262) 751-0874, si tiene alguna pregunta o motivo de preocupación. Para más información, también puede contactarse a nuestro sitio web en:

<http://www.healingheartsofwaukesha.org>.

Revisado en Febrero, 2015

Nuestra Misión: Healing Hearts of Waukesha County, es una Organización para la Comunidad, cuya misión es servir y dar apoyo a niños y familiares que están pasando por alguna situación de pérdida.