

Kids Unlimited Health Form

Birthdate: _____ Current Grade: _____ Teacher _____ School _____
 Child's Name: _____ Gender: Male Female Ethnicity: _____
 Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Child Lives with: Both Parents Mother Father Other _____ School _____
 Guardian 1 Name: _____ (Home) _____ (Work) _____ (Cell) _____
 Guardian 2 Name: _____ (Home) _____ (Work) _____ (Cell) _____
 Employed by: _____

My child's picture may be used for promotional purpose: No Yes _____ May attend Field Trips: No Yes
 Shirt Size: Youth Small Youth Medium Youth Large
 Adult Small Adult Medium Adult Large Adult X-Large

Any custody/restraining orders or other court orders we should be aware of: _____

EMERGENCY CONTACT(S): OTHER THAN PARENTS AUTHORIZED TO PICK-UP (Must show picture ID to staff)

Name _____ Relationship _____ Phone _____
 Name _____ Relationship _____ Phone _____
 Name _____ Relationship _____ Phone _____
 Name _____ Relationship _____ Phone _____

ALLERGIES: Please list any and all allergies, such as bee stings, food, or other: _____

Has your child ever been stung by a bee? YES NO

DIETARY RESTRICTIONS: Please list any and all dietary modifications. _____

PHYSICAL LIMITATIONS: Please list any limitations and reasons for all listed limitations. _____

OTHER: Please use this space to provide any additional information about the participant's behavior and physical, emotional, or mental health about which the staff should be aware. _____

MEDICAL: Please list any medical conditions that you think may be helpful for the summer staff to know about (things like recent surgeries, healing injuries, or ongoing conditions needing special attention). _____

Medications:

If your Child takes medication, prescription or over the counter, you need to fill out a medication permission form
 _____ Initial

This person takes **NO** medications on a routine basis **AND NO** medications have been sent to program with this person.

DOES YOUR CHILD HAVE ANY HEALTH INSURANCE? Yes No IF YES, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING:

Name of Insured _____	DOB _____	Relationship to Patient _____
SSN#: _____	Name of Employer: _____	Work Phone: (____) _____
Insurance Company _____	Grp # _____	ID# _____
Ins Co Address: _____	Ins Co. Phone: _____	

PARTICIPATION AGREEMENT

I understand that Kids Unlimited assumes no responsibility for injuries or illness that I may sustain as a result of my physical condition or resulting from my participation in any Kids Unlimited activity. I hereby (and on behalf of my children) release, discharge and agree not to sue Kids Unlimited, its employees, officers, or directors for any and all claims for injury, illness, loss or damage that I may suffer as a result of my participation. I hereby give Kids Unlimited permission to use their judgment in obtaining medical service for myself and/or my child. I give permission to the physician selected by Kids Unlimited personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate. Payment of any resulting medical, hospital or related costs and expenses must be paid by my insurance or available benefit plan of mine or my spouse. I have read and understand this release and waiver.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Kids Unlimited Formulario de Salud

Fecha de Nacimiento: _____ Grado Actual : _____ Maestro/a: _____ Escuela _____
 Nombre de Niño: _____ Sexo: M F
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Niño Vive Con: Ambos Padres Madre Padre Otro(a) _____ Escuela _____
 Guardián 1 Nombre: _____ (#Casa) _____ (#Trabajo) _____ (#Celular) _____
 Guardián 2 Nombre: _____ (#Casa) _____ (#Trabajo) _____ (#Celular) _____
 Empleados por: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
 Foto de mi hijo / a puede ser usado con fines promocionales: Si No _____ Puede Asistir Excursiones Si No
 Talla de Camisa: Juvenil Pequeño Juvenil Mediano Juvenil Grande
 Adulto Pequeño Adulto Mediano Adulto Grande Adulto X-Grande
 Algún problema custodial/restricción y/o orden de la corte acerca de cuál el personal debe conocer: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (S): ADEMÁS DE LOS PADRES AUTORIZADO PARA RECOJER (Debe mostrar una identificación con foto al personal)

Nombre _____	Relación _____	Teléfono _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono _____

ALERGIAS: Favor anote todas las alergias, como picaduras de abejas, alimentos, otros: _____

¿Su niño ha sido picado por una abeja? SÍ NO

RESTRICCIONES DIETÉTICAS: Favor anote cualquiera y todas modificaciones dietéticas: _____

LIMITACIONES FÍSICAS: Favor anote limitaciones y las razones de todas las limitaciones: _____

OTRO: Por favor, use este espacio para facilitar cualquier información adicional sobre el comportamiento del participante físico y emocional o de salud mental acerca de cuál el personal deba saber. _____

MÉDICOS: Favor anote condiciones médicas que usted piensa que puede ser útil para que el personal sepa (cosas como cirugías recientes, cicatrización de lesiones, o si las condiciones actuales requieren una atención especial). _____

Medicamentos: Si su hijo (a) toma algún medicamento con o sin receta usted debe llenar la forma de permiso de medicamentos. _____ Iniciales.

Mi hijo (a) **NO** toma medicamentos de forma rutinaria **Y NO** hemos mandado ningún medicamento a este programa para mi hijo.

¿TIENE SU HIJO ASEGURANZA DE SALUD? Sí No EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

Nombre del Asegurado _____	Fecha de Nacimiento _____	Relación al Paciente _____
#Social: _____	Nombre de Empleador: _____	# Trabajo: (____) _____
Compañía de A seguridad _____	#Grupo _____	#ID _____
Dirección de A seguridad: _____	Teléfono : _____	

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

Entiendo que Kids Unlimited no asume ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades que pueda sufrir como resultado de mi condición física o como resultado de mi participación en cualquier actividad de Kids Unlimited. Por este medio (y en nombre de mis hijos) libero, exonero y comprometo a no demandar a Kids Unlimited, sus empleados, funcionarios o directores de cualquiera y todas las reclamaciones por lesiones, enfermedad, pérdida o daño que pudiera sufrir como resultado de mi participación. Yo doy permiso a Kids Unlimited de usar su juicio para obtener servicio médico para mí y / o mi hijo. Yo le doy permiso al médico seleccionado por el personal de Kids Unlimited para hacer el tratamiento médico necesario y apropiado. El pago de cualquier resultado, los gastos médicos, o los costos y gastos relacionados deben ser pagados por mi a seguridad o plan de beneficios disponibles mío o de mi pareja. He leído y entendido esta exención de responsabilidad

Firma de Padre / Guardián: _____ Fecha: _____