



## Verano 2019

8 de Julio – 2 de Agosto, 2019

### Verificación de Elegibilidad

Para determinar si su hijo/a califica para participar en el programa de BOUNCE, por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Es su hijo/a de origen afroamericano o hispano?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo/a tendrá entre 9 y 14 años de edad a partir del 8 de julio, 2019?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Cree que su hijo/a tiene sobrepeso o que está obeso/a?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Puede su hijo/a asistir al programa de verano BOUNCE del 8 de julio hasta el 2 de agosto del 2019, lunes – viernes de 9am - 3pm?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Puede usted y/o su esposo o familiares asistir al programa de verano BOUNCE para una sesión semanal de 2 horas los viernes (7/12, 7/19, 7/26, 8/2) de 1-3 pm?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Entiendo que soy responsable del transporte de mi hijo/a para participar en el programa de verano de BOUNCE.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Entiendo que mi hijo/a no debe tener discapacidades físicas mayores (incapacidad para caminar), condiciones médicas graves (enfermedades del corazón), o restricciones dietéticas extensas (no puede comer alimentos sólidos).	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. Entiendo que mi hija no debe estar embarazada para poder participar en el programa.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
a. ¿Está embarazada su hija?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. Entiendo que mi hijo/a debe residir en los límites del área de Third Ward o East End para participar en el programa de BOUNCE to Health.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

\*Notas: (1) El programa de verano de BOUNCE será ofrecido sin ningún costo a los participantes que cumplen con los requisitos anteriores. El programa está patrocinado por la fundación de United HealthCare. (2) Lonche y meriendas serán proveídos diariamente a los niños que participen.\*

Para más información sobre el programa de verano de BOUNCE, contacte a c/o Dr. Norma Olvera, UH Dept. Psychological, Health, and Learning Sciences.  
University of Houston, 3657 Cullen Blvd, Rm 491, Houston, TX 77204-5029

Visite nuestro sitio web: <http://bounce.uh.edu>; Teléfono: (832) 842-5921; Correo electrónico: [bounce@central.uh.edu](mailto:bounce@central.uh.edu)

# **BOUNCE to Health Programa de Verano**

## **Formulario de Inscripción y Liberación**

*Favor de llenar primero la forma de elegibilidad  
(Use una forma por participante)*

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Edad (al inicio del programa): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Próximo Grado Escolar: \_\_\_\_\_

Talla de camiseta \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleo de la Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Tel. (trabajo): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleo del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Tel. (trabajo): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

El niño(a) vive con: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del niño(a): \_\_\_\_\_

Si no podemos contactar a los padres, escriba el nombre y parentesco de la persona a quien debemos llamar en caso de emergencia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Tel. (trabajo): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Todas las formas de registro, incluyendo la de inscripción, la de historial médico, y de examen físico y cualquier otra forma adicional deben ser completadas al momento de registrarse. Si el paquete de registro es enviado por correo o recibido incompleto en la oficina, el padre/madre/guardián será notificado, el niño(a) será puesta en lista de espera y no se le garantiza un lugar hasta recibir todas las formas completas.

**Declaración con respecto a las actividades físicas del Programa de Verano BOUNCE:** Como padre/madre/guardián estoy consciente de las actividades recreativas en las que mi hijo(a) participará mientras asista al programa BOUNCE. Estas actividades incluyen juegos, ejercicio aeróbico, y deportes dentro y fuera de las instalaciones. Algunos ejemplos de estas actividades son: kickboxing, baile de alta actividad aeróbica, yoga, circuito de ejercicio, juegos en equipo y de relevo. Estas actividades son altos niveles de ejercicio que pueden provocar falta de aire y dolores musculares. La Universidad de Houston y el programa de BOUNCE no se hacen responsables por daños físicos que pueden ocurrir participando en el programa.

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **FECHA LÍMITE:**

**Todas las formas completas deben ser recibidas a más tardar el 1º de Junio del 2019.**

**Fechas del Programa de verano BOUNCE:**

8 de Julio – 2 de Agosto, 2019, lunes – viernes, 9:00 am – 3:00 pm  
Sesiones de padres: los viernes, 7/12, 7/19, 7/26, 8/2, 1:00 pm- 3:00 pm

**LISTA DE DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN**

- \_\_\_\_ Formulario de Elegibilidad
- \_\_\_\_ Formulario de Inscripción y Divulgación de Datos
- \_\_\_\_ Formulario de Historial Médico
- \_\_\_\_ Formulario de Examen Físico

Favor de enviar todos los formularios a la dirección de abajo:  
BOUNCE Summer Program c/o Dr. Norma Olvera  
UH, Dept. of Psychological, Health, and Learning Sciences  
University of Houston, 3657 Cullen Blvd, Rm 491, Houston,  
TX 77204-5029  
Correo electrónico: bounce@central.uh.edu

**Cláusulas:**

Para asegurar que todos tengan una oportunidad igual de registrarse en el programa de verano, las siguientes cláusulas están diseñadas para dar prioridad a todos los que han completado su registro.

Para estar inscrito en su totalidad, los formularios de elegibilidad, inscripción, historial médico y de examen físico de cada participante deben ser entregadas al inscribirse. Si los formularios de inscripción no están completos, el niño(a) será puesto en la lista de espera.

- Todas las cancelaciones deben ser recibidas a más tardar dos semanas antes del inicio del programa.

**La ley estatal requiere que usted esté informada de lo siguiente:**

1. Con pocas excepciones, usted tiene derecho, si lo solicita, a estar informada acerca de la información que la Universidad obtiene sobre usted con el uso de esta forma.
2. Bajo las secciones 55.021 y 552.023 del Código de Gobierno, usted tiene derecho de recibir y revisar la información.
3. Bajo las secciones 559.004 del Código de Gobierno, usted tiene derecho de que la Universidad corrija información incorrecta acerca de usted.

**He leído las cláusulas arriba mencionadas y acepto sus términos y condiciones: X \_\_\_\_\_**

Firma del padre/madre/guardián

**No escriba en este espacio, es para uso de la oficina solamente:**

Eligibility Form \_\_\_\_\_      Registration Materials Completed \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Registration and Release Form \_\_\_\_\_      Physical Health Examination Form \_\_\_\_\_  
Medical History Form \_\_\_\_\_      Assigned ID NUMBER \_\_\_\_\_

# BOUNCE to Health Summer Program

## Formulario de Historial Médico

(Llenar una forma por participante)

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doctor familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por favor marque Sí o No de acuerdo a las siguientes preguntas. Explique en el espacio si es necesario.**

**Sí No**

- ¿Ha padecido su hijo(a) alguna enfermedad médica o herida desde su última visita al doctor?
- ¿Ha recibido su hijo(a) tratamiento en el hospital durante el último año? Explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su hijo(a) alguna cirugía durante el último año?
- ¿Está tomando su hijo(a) algún medicamento ya sea con o sin prescripción médica? Si marco Sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_
- ¿Se ha sentido mareada o se ha desmayado su hijo(a) mientras hace ejercicio?
- ¿Su hijo(a) ha sentido dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio?
- ¿Se cansa su hijo(a) más rápido que sus amigos(as) mientras hace ejercicio?
- ¿Ha sentido su hijo(a) que su corazón late más rápido o de forma inusual?
- ¿Ha padecido su hijo(a) de presión arterial alta o de colesterol elevado?
- ¿Ha fallecido algún familiar cercano por problemas del corazón?
- ¿O ha fallecido inesperadamente antes de los 50 años?
- ¿Tiene su hijo(a) algún familiar cercano que tenga diabetes? Si marco Sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su hijo(a) alguna infección viral severa durante el último mes?
- ¿Algún médico ha restringido la participación de su hijo(a) en actividades físicas por problemas del corazón?
- ¿Alguna vez ha estado su hijo(a) desorientada, inconsciente, o ha perdido la memoria como resultado de un golpe en la cabeza? Si marco Sí, por favor conteste lo siguiente:  
¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo fue el último golpe? \_\_\_\_\_  
¿Qué tan severo fue cada uno? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido alguna convulsión su hijo(a)? Si marco Sí, ¿cuándo fue la última convulsión? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su hijo(a) dolores intensos de cabeza frecuentemente? Si marco Sí, por favor indique con qué frecuencia: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sentido su hijo(a) sus brazos, manos, pies y/o piernas adormecidas (sensación de hormigueo)?
- ¿Alguna vez se ha enfermado su hijo(a) después de haber hecho ejercicio en el calor?
- ¿Le ha faltado el aire a su hijo(a) durante el ejercicio?

**Sí No**

- ¿Tose su hijo(a) después de alguna actividad física, o tiene problemas para respirar?
- ¿Usa su hijo(a) algún inhalador o tiene asma?
- ¿Tiene su hijo(a) alguna alergia / alergias de alimentos? Si marco Sí, por favor especifique cuál y a qué grado: \_\_\_\_\_
- ¿Padece su hijo(a) de alergias de temporada que requieren tratamiento médico? Si marco Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su hijo(a) algún desgarre, torcedura o inflamación después de alguna caída o accidente?
- ¿Alguna vez su hijo(a) se ha roto, fracturado o experimentado algún dolor muscular, en tendones, huesos, o articulaciones? Si marco Sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna vez su hijo(a) problemas en los ojos o de la vista?
- ¿Usa su hijo(a) lentes (anteojos) o lentes de contacto?
- ¿El peso de su hijo(a) cambia continuamente? Si marco Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Ya empezó su hija a menstruar? Si marco Sí, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su hijo(a) problemas de conducta en la escuela?

**Alguna vez su hijo(a) ha sido diagnosticado con:**

**Sí No**

- ADHD/ ADD
- Alergias que requieran EPI Pen (inyecciones de Epinefrina)
- Diabetes

Por favor explique alguna otra condición médica que debamos saber

### Información del Seguro:

Nombre del Seguro del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número del Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

**Yo confirmo que he contestado las preguntas correctamente y de forma completa de la mejor forma posible.**

Firma del Padre/Madre/Guardia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_