

Requisitos para Participar

Para determinar si su hija califica para participar en el programa de BOUNCE conteste las siguientes preguntas:

	<u>Marque Sí o No</u>	
1. ¿Es usted, su esposo y su hija de origen Hispano o Afro-Americano?	Sí	No
2. ¿Tiene su hija entre 9 –14 años de edad en o antes 11 de julio, 2016?	Sí	No
3. ¿Considera que su hija tiene sobrepeso o que está obesa?	Sí	No
4. ¿Puede participar su hija en BOUNCE del 11 de julio hasta el 5 de agosto del 2016, lunes–viernes de 9–3 de la tarde?	Sí	No
5. ¿Puede usted o su esposo asistir al programa de verano BOUNCE para una reunión semanal de 2 horas los viernes de 1–3 pm?	Sí	No
6. Entiendo que yo tengo que proveer mi propia transportación para participar.	Sí	No
7. Entiendo que mi hija debe de estar libre de problemas físicos (incapacidad para caminar), no tiene condiciones médicas graves (enfermedad del corazón) o extensas restricciones dietéticas (no puede consumir alimentos sólidos).	Sí	No

*** Aunque el costo del programa es de \$250 por semana por niña, la mayoría de las familias reciben becas a través de fondos presentes o pagan en una escala ajustable fundado en la necesidad, por lo general en el rango de \$25 – \$50 por semana por hija. Almuerzos y meriendas diarias son previsto para los niños.***

El programa de BOUNCE en el verano se llevará a cabo en: **The University of Houston – Downtown**

Para obtener más información sobre BOUNCE:

BOUNCE Summer Program, c/o Dr. Norma Olvera, UH Dept. Psychological, Health, and Learning Sciences,

University of Houston, 3657 Cullen Blvd, Rm 491, Houston, TX 77204-5029

<http://bounce.uh.edu>; Tel: (832) 842-5921; Fax: (713)743-9412



Programa de Verano

Forma de Inscripción y Divulgación de Datos

Favor de llenar primero la forma de elegibilidad

(Use una forma por participante)

Nombre de la Niña: _____ 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: _____

Tel. (trabajo): _____ Correo electrónico: _____

Padre/Guardián: _____ Teléfono (casa): _____ Celular: _____

Empleo del Padre: _____

Tel. (trabajo): _____ Correo electrónico: _____

La niña vive con: _____ Correo electrónico de la niña: _____

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, pago, forma 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/tutor será notificado, la niña 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/guardián estoy consciente de las actividades recreativas en las que mi niña 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 mientras su hija esté participando en el programa.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____

FECHA LÍMITE:

Todas las formas completas deben ser recibidas a más tardar el 1 de Junio del 2016.

FECHAS: Programa de verano BOUNCE: 11 de Julio – 5 de Agosto, 2016, Lunes-Viernes (9:00 am – 3:00 pm)	COSTO POR NIÑA: \$1000 *Habrán becas disponibles (incluye las 4 semanas) basadas en fondos económicos (vea el formulario de la beca adjunto)
LISTA DE DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN	_____ Formulario de Elegibilidad _____ Formulario de Inscripción y Divulgación de Datos _____ Formulario de Historial Médico _____ Formulario de Examen Físico _____ Solicitud de Becas _____ _____ Cuota de Aplicación _____ _____ Pago: Orden de Pago/Cheque: _____ (No. de cheque) <u>Hacer el cheque a nombre de:</u> <u>BOUNCE - UH Dept. of Psychological, Health, and Learning Sciences</u> Favor de enviar todos los formularios y el pago 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 Fax: 713-743-9412

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, la(s) niña(s) será(n) puesta(s) en lista de espera.

1. Todas las cancelaciones deben ser recibidas a más tardar dos semanas antes del inicio del programa. Usted recibirá un reembolso total menos \$50 por el costo de proceso de inscripción.
2. Si la cancelación se hace después de la fecha límite, el pago de inscripción no será reembolsado.

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/tutor

No escriba en este espacio, es para uso de la oficina solamente:			
Eligibility Form ☐	Medical History Form ☐	Registration and Release Form ☐	
Physical Health Examination Form ☐	Scholarship Application ☐	Assigned ID NUMBER _____	
All Registration Materials Completed ☐	Date: _____ Payment: Money order/Check # _____		

Formulario de Historial Médico

(Llenar una forma por participante)

Nombre de la 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		Sí	No	
☐	☐	¿Ha padecido su hija alguna enfermedad médica o herida desde su última visita al doctor?	☐	☐	¿Tose su hija después de alguna actividad física, o tiene problemas para respirar?
☐	☐	¿Ha recibido su hija tratamiento en el hospital durante el último año? Explique: _____	☐	☐	¿Usa su hija algún inhalador o tiene asma?
☐	☐	¿Ha tenido su hija alguna cirugía durante el último año?	☐	☐	¿Tiene su hija alguna alergia / alergias de alimentos? Si marco Sí, por favor especifique cuál y a qué grado: _____
☐	☐	¿Está tomando su hija algún medicamento ya sea con o sin prescripción médica? Si marco Sí, por favor especifique: _____	☐	☐	¿Padece su hija de alergias de temporada que requieren tratamiento médico? Si marco Sí, por favor explique: _____
☐	☐	¿Se ha sentido mareada o se ha desmayado su hija mientras hace ejercicio?	☐	☐	¿Ha tenido su hija algún desgarre, torcedura o inflamación después de alguna caída o accidente?
☐	☐	¿Su hija ha sentido dolor en el pecho durante o después de hacer ejercicio?	☐	☐	¿Alguna vez su hija se ha roto, fracturado o experimentado algún dolor muscular, en tendones, huesos, o articulaciones? Si marco Sí, por favor especifique: _____
☐	☐	¿Se cansa su hija más rápido que sus amigas mientras hace ejercicio?	☐	☐	¿Ha tenido alguna vez su hija problemas en los ojos o de la vista?
☐	☐	¿Ha sentido su hija que su corazón late más rápido o de forma inusual?	☐	☐	¿Usa su hija lentes (anteojos) o lentes de contacto?
☐	☐	¿Ha padecido su hija de presión arterial alta o de colesterol elevado?	☐	☐	¿El peso de su hija cambia continuamente? Si marco Sí, por favor explique: _____
☐	☐	¿Ha fallecido algún familiar cercano por problemas del corazón?	☐	☐	¿Ya empezó su hija a menstruar? Si marco Sí, ¿a qué edad? _____
☐	☐	¿O ha fallecido inesperadamente antes de los 50 años?	☐	☐	¿Tiene su hija problemas de conducta en la escuela?
☐	☐	¿Tiene su hija algún familiar cercano que tenga diabetes? Si marcó Sí, ¿quién? _____	Alguna vez su hija ha sido diagnosticada con: Sí No ☐ ☐ ADHD/ ADD ☐ ☐ Alergia que requieran EPI Pen (inyecciones de Epinefrina) ☐ ☐ Diabetes		
☐	☐	¿Ha tenido su hija alguna infección viral severa durante el mes pasado?	Por favor explique alguna otra condición médica que debamos saber: _____		
☐	☐	¿Algún médico ha restringido la participación de su hija en actividades físicas por problemas del corazón?			
☐	☐	¿Alguna vez ha estado su hija desorientada, inconsciente, o 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? Si marco Si, ¿cuándo fue su última convulsión? _____			
☐	☐	¿Tiene su hija dolores intensos de cabeza frecuentemente? Si marco Sí, por favor indique con qué frecuencia: _____			
☐	☐	¿Alguna vez ha sentido su hija sus brazos, manos, pies y/o piernas adormecidas (sensación de hormigueo)?			
☐	☐	¿Alguna vez se ha enfermado su hija después de haber hecho ejercicio en el calor?			
☐	☐	¿Le ha faltado el aire a su hija durante el ejercicio?			

Información del Seguro:

Nombre del Seguro del Padre/Guardian: _____
 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/Guardián: _____
 Fecha: _____



Por favor,
pegue su
foto aqui

Solicitud de Beca

ESTA SECCIÓN ES PARA LOS PADRES DE LA PARTICIPANTE (Favor de usar LETRA DE MOLDE)

Cada participante del programa BOUNCE podrá solicitar una beca parcial que se aplicara al costo de los \$250 por semana (por hija) para el programa de verano.

Para complacer a las necesidades de los participantes, ofrecemos las siguientes becas:

- ☐ \$200 por semana por hija
- ☐ \$150 por semana por hija
- ☐ \$__por semana por hija

Si usted necesita ayuda financiera completa, por favor explique en el espacio siguiente:

*Todos los participantes deben mostrar una prueba de necesidad económica (W-2, WIC, o CHIP). Una vez que la aplicación se reciba y se evalúe, la oficina de BOUNCE se comunicará con usted. **Todas las solicitudes de becas deben ser entregadas antes del 1 de junio de 2016.**

Yo _____ solicito que se considere mi aplicación para una beca para el programa
(Nombre del padre/madre/tutor)
de verano que promueve una vida saludable, BOUNCE que se llevará a cabo del 11 de julio al 5 de agosto del 2016 en la Universidad de Houston.

DECLARACIÓN De La Niña (Favor de usar LETRA DE MOLDE)

En el espacio que se te ha dado, escribe una descripción personal e incluye la razón por la cual te gustaría participar en el programa de BOUNCE. Incluye detalles en tu descripción personal como tus intereses, tu participación en actividades extracurriculares en la escuela y en la comunidad. (Si necesitas más espacio, puedes usar la parte atrás de esta página).
