

ASISTENTES DEL EVENTO DEBEN SER LOS NIÑOS O PERSONAS A CARGO DE UN PACIENTE DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ ACTIVA. COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN ROJO EN AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO. LAS APLICACIONES NO SERÁN CONSIDERADOS PARA LA ASISTENCIA MENOS QUE SE PROPORCIONE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA.

Nombre de Padre como aparece en el registro medico: _____

Fecha de nacimiento del Padre: _____ **Número de paciente del padre:** _____

Dirección: _____
Número y calle Ciudad Estado Código Postal

Números de Teléfono: Casa (_____) _____ Celular (_____) _____

Preguntas para los padres:

¿Le han diagnosticado a usted alguna vez diabetes? Si No

¿Tiene usted acceso a internet? Si No

¿Está interesado que su hijo/a reciba inmunizaciones gratis? Si No

Nombre de Hijo	Sexo <i>(circule uno)</i>	Su hijo/a es paciente de la Clínica? <i>(circule uno)</i>	Grado escolar a partir de Agosto 2020 <i>(circule uno)</i>
	Niño / Niña	Si / No	Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	Niño / Niña	Si / No	Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	Niño / Niña	Si / No	Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	Niño / Niña	Si / No	Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	Niño / Niña	Si / No	Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	Niño / Niña	Si / No	Pre-K K 1 2 3 4 5 6

Con mi firma abajo, yo certifico que mis respuestas son honestas y correctas y de lo mejor de mi conocimiento

Firma _____ **Fecha** _____

No se garantiza la participación de formularios recibidos luego de la fecha límite, Julio 24 ¡Gracias!



Evento de Regreso a la Escuela a Través de Coche!

Viernes, Julio 31, 2020 – 12:00 – 2:00 PM

San José Clinic - 2615 Fannin Street, Houston, TX 77002

ESTUDIANTES ENTRANDO **PRE-K THROUGH 6TH**
GRADO VAN RECIMIR TARJETAS DE REGALO PARA
 UTILES ESCLARES, LIBRES Y MUCHO MAS!

RSVP es requerido

dorcasross@sanjoseclinic.org

ASISTENTES DEL PARTIDO DEBEN SER LOS NIÑOS O PERSONAS A CARGO DE UN PACIENTE DE LA CLÍNICA SAN JOSÉ ACTIVA. COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN ROJO EN AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO. LAS APLICACIONES NO SERÁN CONSIDERADOS PARA LA ASISTENCIA MENOS QUE SE PROPORCIONE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA.

- Per medio del presente, yo _____, **me niego / concedo (circule uno)** a la Clínica San José, sus administradores, directores, funcionarios, empleados, agentes y designo (colectivamente, "La Clínica San José") el derecho absoluto y el permiso para obtener estos puntos (colectivamente "materiales") de mis hijos y de mí (si son menores de edad): *fotografías, película de video, grabación de audio, historias que yo/mis hijos escribimos/ entrevistas, y citas de conversaciones y crónicas.*
- Entiendo y estoy de acuerdo de que la Clínica San José puede usar y reutilizar materiales ya nombrados en cualquier manera, a condición de que el sentido general no cambie, para el propósito de promoción, publicación, comerciales, o cualquier efecto, en el presente o futuro.
- Entiendo y estoy de acuerdo que estos materiales se pueden ser distribuidos a toda persona incluyendo el público, revistas, periódicos, la televisión y estaciones de radio, y/o cualquier organización o persona que casualmente introduzca información o noticias al público. El público puede incluir los clientes de la clínica San José ahora y en el futuro.
- Le doy exoneración y libertad de responsabilidad a la Clínica San José de cualquier y todo causa de acción que pueda ocurrir en el uso de dichos materiales.
- Renuncio cualquier derecho que pueda tener de investigar, probar o recibir notificación que dichos materiales que puedan ser utilizados en cualquier ocasión.
- Entiendo y estoy de acuerdo que todos los materiales son propiedad exclusiva de la Clínica San José o el fotógrafo o los medios de comunicación que los han originado (incluyendo las negativas).
- Entiendo y estoy de acuerdo que esta participación es voluntaria mis hijos y yo no van a recibir ningún pago u otro beneficio por nuestro tiempo, ni remuneración de gastos relacionado con las actividades en este consentimiento ahora o en el futuro.
- Yo declaro que he leído y entiendo este declaración de consentimiento y que dejo mi firma en nombre de yo mismo y mis hijos o dependientes. Este consentimiento expresa completamente con exactitud mi comprensión y no ha cambiado nada verbalmente ni en algo escrito.

YO ENTIENDO QUE RECIBIR SERVICIOS DE LA CLÍNICA NO DEPENDE EN ESTA DECISIÓN DE PARTICIPAR EN ESTAS ACTIVIDADES. YO HE LÉIDO CUIDADOSAMENTE ESTA DECLARACIÓN Y ESTOY DE ACUERDO VOLUNTARIAMENTE A LAS ESTIPULACIONES.

La Clínica San José puede usar mi nombre o parte de mi nombre en obra publicada: ____ si ____ no.

Cuando se está utilizado mi nombre completo, quiero que lo escriba al siguiente: _____

Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____