

EVENT ATTENDEES MUST BE THE CHILDREN OR DEPENDENTS OF AN ACTIVE SAN JOSÉ CLINIC PATIENT. FILL OUT ALL INFORMATION **IN RED** ON **BOTH SIDES** OF THIS PAPER. APPLICATIONS WILL NOT BE CONSIDERED FOR ASSISTANCE UNLESS ALL REQUESTED INFORMATION IS PROVIDED.

Parent's name: _____ Parent's date of birth: _____

Parent's SJC patient number: _____ Parent's Phone Number: _____

Address: _____

Number and street

City

State

ZIP

Have you (parent) ever been diagnosed with diabetes?

☐ Yes ☐ No

Do you have access to the internet?

☐ Yes ☐ No

Are you interested in receiving a free health screening at a later time?

☐ Yes ☐ No

Household Information: Fill in **ALL** of the information for **each** eligible child who **lives in your home**.

Child's name	Gender (circle one)	Is Child is a Clinic Patient? (circle one)	Shoe Size	Underwear Size	Grade for school year beginning Fall 2018 (circle one)
	M / F	Yes / No			Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	M / F	Yes / No			Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	M / F	Yes / No			Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	M / F	Yes / No			Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	M / F	Yes / No			Pre-K K 1 2 3 4 5 6
	M / F	Yes / No			Pre-K K 1 2 3 4 5 6

By my signature below, I certify that my answers are true and correct to the best of my knowledge.

Signature _____ Date _____

FORMS RECEIVED AFTER JULY 23 WILL NOT BE GUARANTEED PARTICIPATION.



Back-to-School Event!



Friday, August 6, 2021 | 12:00 - 1:30 PM

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

**STUDENTS ENTERING PRE-K THROUGH 6TH GRADE WILL
RECEIVE SCHOOL SUPPLIES, BOOKS, GIFT CARDS, AND MORE!**

RSVP Required

PARTY ATTENDEES MUST BE THE CHILDREN OR DEPENDENTS OF AN ACTIVE SAN JOSÉ CLINIC PATIENT. FILL OUT ALL INFORMATION **IN RED** ON **BOTH SIDES** OF THIS PAPER. APPLICATIONS WILL NOT BE CONSIDERED FOR ASSISTANCE UNLESS ALL REQUESTED INFORMATION IS PROVIDED.

- I, _____, hereby **decline / grant (circle one)** San José Clinic, its trustees, directors, officers, employees, agents and assigns (collectively, "San José Clinic") the absolute right and permission to obtain these items (collectively, "Materials") from me/my children (if under the age of 18): photographs, videotape, audio, stories that I write and interviews, and quotes from conversations and chronicles.
- I understand and agree that San José Clinic may use and reuse any such Materials in any manner, provided the general sense is not changed, for the purpose of promotion, publication, commercial advertising, or any other purpose whatsoever, now or at any time in the future.
- I understand and agree that these Materials may be distributed to anyone including the general public, magazines, newspapers, television and radio stations, and/or any organization or person that customarily presents information or news to the general public. The general public may include prospective and existing users of San José Clinic's products and services.
- I release and hold harmless San José Clinic from any and all causes of action that may result from the use of such materials.
- I waive any right that I may have to inspect, approve or receive notification that such materials are being used at any time.
- I understand and agree that all Materials are and remain the exclusive property of San José Clinic or the photographer/media entity that originated them (including negatives).
- I understand and agree that participation is done on a volunteer basis and I/my children will not receive any payment or other benefit for my/our time or expenses related to the activities in this Consent now or in the future.
- I acknowledge that I have read and understood this Consent and that my signature is on behalf of myself or as the parent/guardian and on behalf of the minor. This Consent fully and accurately expresses my understanding and has not been changed orally or in writing.

_____ I UNDERSTAND THAT MY RECEIPT OF THE CLINIC'S SERVICES DOES NOT DEPEND ON MY DECISION TO PARTICIPATE IN THESE ACTIVITIES. I HAVE CAREFULLY READ THIS CONSENT FORM AND VOLUNTARILY AGREE TO ITS CONTENTS.

San José Clinic **may / may not (circle one)** use my name, or a portion of my name in publication.

Please indicate how you would like your name listed:

Authorizing signature: _____ Date: _____



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.

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 en recibir una evaluación médica gratuita? ☐ Si ☐ No

Información de Hogar: Llene toda la información para **cada** niño elegible **que vive en su hogar.**

Nombre de Hijo	Sexo (círcule uno)	Su hijo/a es paciente de la Clínica? (círcule uno)	Talla de la ropa interior	Talla de los zapatos	Grado escolar a partir de Agosto 2018 (círcule uno)
	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** _____



¡Fiesta-de-Regreso a Clases!



Viernes, Agosto 6, 2021 | 12:00 - 1:30 PM

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

¡Estudiantes entrando de PRE-K THRU 6TH GRADO van recibir una mochila, útiles escolares, y MUCHO MAS!



RSVP ES REQUIRIDO

LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS DESPUÉS DEL 23 DE JULIO NO SE GARANTIZARÁ LA PARTICIPACIÓN PLENA CELEBRACIÓN.

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 esté 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 LEÍDO 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: _____



¡Fiesta-de-Regreso a Clases!



Viernes, Agosto 6, 2021 | 12:00 - 1:30 PM

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

¡Estudiantes entrando de PRE-K THRU 6TH GRADO van recibir una mochila, útiles escolares, y MUCHO MAS!

RSVP ES REQUIRIDO