

SIBLING APPLICATION FOR S.H.A.R.E. SERVICES

3500N. A St., Suite 2500, Midland, TX 79705 (432) 818-1253 tel (432) 818-1250 fax sharewx.org

[Type here]

Check List

Please review application and ensure that you have completed each section and attached all items below by initialing. Applications cannot be processed with missing information.

- 1. Complete immunization records or copy of waiver from the Texas Department of State Health Services for Exemption of Immunizations.
- 2. Current picture of child.
- 3. Getting to Know Me Form.
- 4. Complete Application

Please understand that the full application and interview must be completed and processed, and a respite night assigned, prior to attending respite care. If there are no openings upon completion of application, you will be placed on our waiting list until an opening becomes available.

For questions please contact Traci Hopper, Program Director

thopper@sharewtx.org or 432-818-1259.

Sibling Application for S.H.A.R.E. Services

Solicitud para Servicios S.H.A.R.E

Current date *Fecha de solicitud* / /

Referred by *Referido por:*

SIBLING REQUIRING RESPITE CARE (*Ninofa*) *Que Requiere Cuidado*):

Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Primer Nombre</i>	Middle Name <i>Segundo Nombre</i>	Nick Name <i>Apodo</i>
Date of Birth: / / <i>Fecha de Nacimiento</i>	Current Age: ____ <i>Edad</i>	Check One: <input type="checkbox"/> [Male] <input type="checkbox"/> Female <i>Masculino o Femenino</i>	

FAMILY INFORMATION (*Information de Familia*):

--Father's Name: _____
Nombre del Padre Last Name/*Apellido* First Name/*Primer Nombre* Middle Name/*Segundo Nombre*

Home Address: _____
Direction: Street or PO Box/Calle o Buzon Town/Ciudad State/Estado Zip/Codigo Postal

Telephone Information: _____
Telefono Home Phone/Numero de telefono en casa Cell Phone/Telefono Celular

Home Email: _____ Date of Birth: ____/____/____
Correo electronica Fecha de Nacimiento

Employer Information: _____
Empleo: Company/Compahia Position/Puesto

Employer Address: _____
Direccion: Street/PO Box/Calle o Buzon Town/Ciudad State/Estado Zip/Codigo Postal

Employer Telephone: _____ Employer Email: _____
Telefono del Empleo Correo electronico del Empleo

Required Identification Information: _____
Identificacion Requerida Driver's License Number/Numero de Licencia State/Estado

--Mother's Name: _____
Nombre del Madre Last Name/*Apellido* First Name/*Primer Nombre* Middle Name/*Segundo Nombre*

Home Address: _____
Direction: Street or PO Box/Calle o Buzon Town/Ciudad State/Estado Zip/Codigo Postal

Telephone Information: _____
Telefono Home Phone/Numero de telefono en casa Cell Phone/Telefono Celular

Home Email: _____ Date of Birth: ____/____/____
Correo electronica Fecha de Nacimiento

Employer Information: _____
Empleo: Company/Compahia Position/Puesto

Employer Address: _____
Direccion: Street/PO Box/Calle o Buzon Town/Ciudad State/Estado Zip/Codigo Postal

Employer Telephone: _____ Employer Email: _____
Telefono del Empleo Correo electronico del Empleo

Required Identification Information: _____
Identificacion Requerida Driver's License Number/Numero de Licencia State/Estado

[Type here]

Emergency Contacts - other than parents or physician:

Contactos de Emergencia - distintos de padres o medicos:

In case of emergency, the following individual(s) may be called and are authorized to pick up my child/children after proper positive identification has been provided. PLEASE note the identification provided below MUST match before your child/children will be released to said individual(s).

En caso de emergencia, los sigidentes individuos estdn autorizados para recoger a mi nino(a) despues de proporcionar identijicacion. A TENCION: La identijicacion que listed indique aqui DEBE ser igual a la que presenten los individuos antes de que se haga entrega de los niiiios a estaspersonas.

Last Name/ <i>Apellido</i>	First Name/ <i>Primer Nombre</i>	Relation to Respite Child <i>Relation con el nino(a) en SHARE</i>
----------------------------	----------------------------------	--

Home Address: _____
Direccion: : Street or PO Box/Calle o Buzon Town/Ciudad State/Estado Zip/Codigo Postal

Telephone Information: _____
Telefono Home Phone/Numero de telefono en casa Cell Phone/Telefono Celular

Required Identification Information: _____
Identification Requerida Driver's License Number/Numero de Licencia State/Estado

Last Name/ <i>Apellido</i>	First Name/ <i>Primer Nombre</i>	Relation to Respite Child <i>Relation con el nino(a) en SHARE</i>
----------------------------	----------------------------------	--

Home Address: _____
Direccion: : Street or PO Box/Calle o Buzon Town/Ciudad State/Estado Zip/Codigo Postal

Telephone Information: _____
Telefono Home Phone/Numero de telefono en casa Cell Phone/Telefono Celular

Required Identification Information: _____
Identification Requerida Driver's License Number/Numero de Licencia State/Estado

[Type here]

PERMISSION/AUTHORIZATION AGREEMENT PERMISO/ACUERDO DE AUTORIZACIÓN

Read the following statements carefully and initial in the designated space indicating that you have read, understand, and agree to the provision(s). If you do not agree to ALL terms of service, SHARE will not be able to provide respite services. Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y ponga sus iniciales en el espacio designado indicando que usted ha leído, comprende, y está de acuerdo con los términos. Si no acepta todos los términos de servicio, SHARE no podrá ofrecer servicios de respiro.

1. _____ **I have fully disclosed to S.H.A.R.E. all pertinent facts/information about my child's special needs and accept full responsibility for failure to do so. This includes providing updates to any changes in my child's information.**
Yo he revelado completamente a SHARE todos los datos e información pertinente acerca de las necesidades especiales de mi niño(a) y acepto toda la responsabilidad de no hacerlo--esto incluye actualizar cualquier cambio en la información de mi hijo(a).
2. _____ **I understand that it is my responsibility to notify the Program Director when my child will miss an assigned SHARE night. By contacting the Program Director about the absence in a timely manner, I am allowing a family on the waiting list to use my assigned SHARE night. I also understand that failing to notify the Program Director about my child's absence on 3 different occasions will result in being rotated to the waiting list.** *Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar al programa director cuando mi niño(a) no va a asistir a una noche asignada en SHARE. Al hacer contacto rápidamente con el programa director sobre una ausencia, yo permito que otra familia que está en la lista de espera use mi noche asignada. También entiendo que no notificar al programa director sobre la ausencia de mi niño(a) en 3 diferentes ocasiones resultara en ser puesto en la lista de espera.*
3. _____ **I will be responsible for supplying all necessary food, drinks, snacks, medications, diapers/wipes and/or additional special supplies required for my child.** *Yo seré responsable de proporcionar toda comida, bebida, medicamentos, pañales/toallitas y/o otras cosas/suministros especiales que requiere mi niño(a)*
4. _____ **I will check in all medicines, equipment, and over the counter medications with the nurse and sign a Medication Authorization and Administration Form each month upon check-in. I understand that the responsibility to pick up all medicines from the nurse at check-out is mine.** *Voy a comprobar en todos los medicamentos, equipos y medicamentos de venta libre con el enfermera y firmar un formulario de Autorización de Medicamentos y Administración de cada mes en el check-in. Entiendo que la responsabilidad de recoger todos los medicamentos de la enfermera en el check-out es mío.*
5. _____ **In case of an emergency/accident, I understand that the Midland/Odessa EMS will be called if deemed necessary by the SHARE nursing staff. I authorize the SHARE nursing staff and the EMS to administer any medical treatment, medication or appliance deemed necessary by the SHARE nurse and/or EMS. I also authorize transportation to the nearest appropriate medical facility, as determined by EMS. I understand I will be responsible for payment of all EMS, hospital, and physician charges for emergency services rendered to my child.** *En caso de emergencia/accidente, yo comprendo que se llamara a los servicios de emergencia de Midland/Odessa EMS si lo considera necesario el personal de SHARE. Yo autorizo al personal de SHARE y al EMS que administre cualquier tratamiento médico, medicamento, u aparato que se considere necesario por la enfermera de SHARE o por EMS. También autorizo el transporte a la unidad médica más cercana, según lo determine EMS. Entiendo que seré responsable de pagar el costo de todos los cargos del EMS, hospital, y médicos por servicios de emergencia proporcionados a mi niño(a).*
6. _____ **Because we are committed and concerned about your child's safety and your peace of mind, we will require you to provide a cell phone/pager where we can reach you in case of emergency. If you do not have a cell phone/pager, you will need to make arrangements to have one available for SHARE nights. Respite care CANNOT be provided unless we have a way to contact you in case of an emergency.** *Porque estamos comprometidos y preocupados por la seguridad de su niño(a) y por su tranquilidad, se requiere que usted nos dé un número de teléfono celular donde podamos localizarlos en caso de emergencia. Si usted no tiene celular, necesitara hacer arreglos para tener uno disponible en sus noches de SHARE. NO SE PUEDE proveer cuidado en SHARE sin que tengamos una manera de comunicarnos con usted en caso de emergencia*
7. _____ **I understand I will be required to review and update the SHARE application, Individualized Care Plan, and Behavior Questionnaire every 12 months. In addition, I understand I will be required to resubmit these forms every two years.** *Yo entiendo que se requiere revisar y actualizar la aplicación de SHARE, el Plan de Cuidado Individualizado, y el Cuestionario de Comportamiento cada 12 meses. Adicionalmente, entiendo que se requiere renovar estos formularios cada dos años*
8. _____ **I understand I will be required to sign a Permission and Waiver to Dispense Medication(s) form annually.** *Yo entiendo que se requiere que firme un Permiso Para Administrar Medicamento(s) y Deslinde de Responsabilidad anualmente*
9. _____ **I will be responsible for picking my child up at 10:00 pm.** *Seré responsable de recoger a mi hijo a las 10:00 pm.*

[Type here]

10. _____ I understand that I may receive in-home respite hours if funding is available. *Entiendo que puedo recibir en el hogar horas de respiro, siempre y cuando la financiación es disponible.*
11. _____ I understand that to request in-home respite care, I will contact the program coordinator at (432)230-9736. Any request that is made directly to the nursing agency will be denied. *Tengo entendido que para solicitar el relevo en el hogar, me pondré en contacto el coordinador de programas (432)230-9736. Cualquier petición que se hace directamente al la Agencia de enfermería se declinará.*
12. _____ I understand that in-home respite hours are currently limited to 10 hours a month. If more hours are available, I will be contacted about their availability. Unused hours do not accumulate from month to month. *Entiendo que horas de respiro en casa se limitan actualmente 10 horas al mes. Si' están disponibles más horas, será contactado acerca de su disponibilidad. Horas no utilizados. No se acumulan cada mes.*
13. _____ I understand that if the nursing agency does not believe that they can provide safe care for my child, then in-home respite services will not be provided. *Yo entiendo que si el agencia de enfermería no cree que pueden proporcionar servicios seguros para mi hijo, entonces no se proporcionará servicios de respiro en el hogar.*
14. _____ I will provide SHARE with a proof of diagnosis either by a letter from my child's doctor or the school's most recent diagnosis (found in your child's ARD documents). *Voy a ofrecer COMPARTIR con una prueba de diagnóstico, ya sea por una carta del médico de mi hijo o el diagnóstico más reciente de la escuela (que se puede encontrar en los documentos de ARD de su hijo).*
15. _____ Because many of SHARE's children have weak immune systems, infections can be very harmful to their health. I will provide SHARE with proof of immunizations. If I object to having my child immunized, I will provide SHARE with an Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience Affidavit, provided by the Texas Department of State Health Services, signed by my child's pediatrician. *Debido a que muchos de los niños de SHARE tienen sistemas inmunológicos débiles, las infecciones pueden ser muy perjudiciales para su salud. Voy a ofrecer COMPARTIR con la prueba de las inmunizaciones. Si me opongo a tener a mi hijo a vacunar, proporcionaré COMPARTIR con una exención de vacunas por razones de Conscience Declaración Jurada, proporcionado por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas, firmado por el pediatra de mi hijo.*
16. _____ If my child has a medical need that that requires specialized treatment in case of an emergency (seizures, allergies, asthma, etc.) I will meet with SHARE staff and the nurse to develop an Emergency Care Plan. I will be responsible for giving the doctor's orders to SHARE and providing updates when there are changes to my child's emergency treatment. I understand that respite care cannot be provided for children with medical conditions until an Emergency Care Plan has been developed. *Si mi hijo tiene una necesidad médica que requiere tratamiento especializado que en caso de una emergencia (convulsiones, alergias, asma, etc.) me reunirá con el personal de SHARE y la enfermera para desarrollar un Plan de Atención de Emergencias. Voy a ser el encargado de dar las órdenes del médico para compartir y proporcionar actualizaciones cuando se producen cambios en el tratamiento de emergencia de mi hijo. Entiendo que el cuidado de relevo no se puede proporcionar a los niños con condiciones médicas hasta un Plan de Atención de Emergencia se ha desarrollado.*
17. _____ I will not bring my child to respite care if he/she has the following conditions within the last 24 hours: *No voy a llevar a mi hijo al cuidado de relevo si él / ella tiene las siguientes Ondiciones dentro las últimas 24 horas:*

- 1) temperature above 100
- 2) nausea or vomiting
- 3) diarrhea

1. temperatura por encima de 100
2. náuseas o vómitos
3. diarrea

I understand that if my child has had any of these problems, they will not be allowed to stay at SHARE.
Entiendo que si mi hijo ha tenido alguno de estos problemas, que no se les permite permanecer en SHARE.

I have read and initialed the above permission/authorization statements and agree to terms designated in each. *Yo he leído y con mi inicial indico mi aceptación a las condiciones de este acuerdo.*

 Signature of Parent
 Firma del padre/guardián
 / /

 Printed Name of Parent
 Nombre escrito del padre/guardián

_____/_____/_____
 Date Signed
 Fecha de Firma

[Type here]

PUBLICITY RELEASE

PERMISO PARA HACER PUBLICIDAD

SHARE is a respite care program designed to lessen the stress of families caring for a child with special needs. Because we want to reach as many families as possible, we will publicize the program. The use of your name, or your child's name or picture is strictly voluntary. Your child's picture may be used for positive publicity related to SHARE'S respite program. If you want to participate in our effort to help other families learn about SHARE, please indicate below:

SHARE es un programa de cuidado/relevo disenado para aminorar el estres de las familias que cuidan a ninos con necesidades especiales. Porque nosotros queremos ayudar al mayor numero de familias, nosotros haremos publicidad para el programa. El uso de su nombre, el nombre de su nino(a) o foto es estrictamente voluntario. La foto de su nino(a) puede ser usada para hacer publicidad positiva relacionada al programa de SHARE. Si usted desea participar en nuestros esfuerzos para ayudar a otras familias a aprender sobre SHARE, por favor indíquelo aqui:

I DO I DO NOT give permission for _____ to be photographed.
(check one) Respite Child's Name

SI DOY NO DOY permiso para _____ que sea fotografiado(a)
(marque con un circulo) Nombre del nino(a) en SHARE

Signature of Parent

Printed Name of Parent

Date Signed

[Type here]

Individualized Care Plan
Plan de Cuidado Individualizado

DATE:
fecha:

We appreciate the opportunity to care for your child. Please complete the following information so SHARE will know how to best care for your child. Please complete the form entirely. Please complete an Individualized Care Plan for **each** child that will be coming to SHARE. If you have any questions, do NOT hesitate to ask.

*Le agradecemos la oportunidad de cuidar de su niño(a). Por favor complete la siguiente información para que SHARE sepa como cuidar mejor de su niño(a). Por favor llene el formulario completamente. Debe completar un Plan de Cuidado Individualizado para **cada** niño(a) que asista a SHARE. Si usted tiene cualquier inquietud, no dude en preguntar.*

Last Name *Apellido* First Name *Primer Nombre* Middle Name *Segundo Nombre*
Nick Name *Apodo*

Date of Birth: ____/____/____ Current Age: _____ Check One: Male Female
Fecha de nacimiento *Edad* *Masculino* *Femenino*

Current Weight *Peso*: _____ Current Height *Altura*: _____ Eye Color *Color de ojos*: _____ Hair Color *Color de Pelo*: _____

MEDICAL INFORMATION (*Información Medica*)

Please describe your child's health needs (*Por favor describa las necesidades de salud de su niño(a)*):

Your Child's Physician Information (*Información sobre el médico de su niño(a)*):

Physician's Name *Nombre de su: médico*

Office Address:

Dirección *Street/Calle* *Town/Ciudad* *State/Estado* *Zip/Código Postal*

Office Phone/Teléfono de Oficina: _____

Immunizations? Is your child current on his/her immunizations status? YES NO If no, please describe why below (if your child had any of the childhood diseases instead of the immunizations, please indicate which disease and date/year of the disease):
¿Vacunas? ¿Tiene su niño(a) todas las vacunas al corriente? SI NO Si no, por favor explique porque (si su niño(a) tuvo alguna enfermedad infantil como la varicela o sarampión, por favor indique cual enfermedad y la fecha/año:

WE ARE REQUIRED TO OBTAIN A CURRENT COPY OF YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORD. **PLEASE ATTACH A COPY OF YOUR CHILD'S CURRENT IMMUNIZATION RECORD.**

If you object to having your child immunized, you must provide SHARE with an Exemption from Immunizations for Reasons of Conscience Affidavit, provided by the Texas Department of State Health Services, signed by your child's pediatrician.

SE REQUIERE QUE OBTENGAMOS UNA COPIA ACTUALIZADA DEL RECORD DE INMUNIZACIÓN DE SU NIÑO(A).

POR FAVOR AÑADA UNA COPIA DEL RECORD DE INMUNIZACIONES DE SU NIÑO(A).

Si usted se opone a que su niño vacunado, debe proporcionar COMPARTIR con una exención de vacunas por razones de conciencia Declaración Jurada, proporcionado por el Departamento de Servicios de Salud de Texas, firmado por el pediatra de su hijo.

Does your child have any allergies? *¿Padece de alergias su niño(a)?*

Medication? YES NO If yes, please indicate medication name and type of reaction:
¿A medicamentos? SI NO por favor indique el nombre del medicamento y tipo de reacción:

[Type here]

Food? YES NO If yes, please indicate food and type of reaction:
¿A comida? SI NO por favor indique la comida y tipo de reacción:

Insect/Environment/Other? YES NO If yes, please indicate type of allergy and type of reaction:
¿A insectos/ambiente/ otra cosa? SI NO por favor indique a que está alérgico(a) y tipo de reacción:

Latex? YES NO If yes, please indicate type of reaction:
¿Al hule? SI NO por favor indique a que cosa y tipo de reacción:

CARE NEEDS -- Please check the appropriate needs for each section. If "other" please explain.

CUIDADO/NECESIDADES ESPECIALES – Por favor marque con un círculo las necesidades en cada sección. Si marca "otro impedimento", por favor explique:

VISION: Normal Uses Glasses Blind Impaired/Other
VISTA: Normal Usa lentes Ciego Otro impedimento: _____

HEARING: Normal Uses Hearing Aides Deaf Impaired/Other: _____
AUDICIÓN: Normal Usa aparato Sordo Otro impedimento: _____

MOTOR: Normal for age Impaired/Other: _____
MOTRIZ: Normal para su edad Otro impedimento: _____

Use of assistive device: Walker Crutches Braces Wheelchair Other: _____
Usa aparato(s) Andador Muletas Aparato ortopédico Silla/ruedas Otro _____

Does your child have any special positioning needs? YES NO If yes, please describe:
¿Necesita su hijo(a) estar en cierta posición? SI NO por favor describa:

LANGUAGE/COMMUNICATION:

IDIOMA/COMUNICACIÓN:

Is your child able to communicate with others? YES NO Can your child understand what others say? YES NO
¿Se puede comunicar su hijo(a) con los demás? SI NO ¿Puede entender su hijo(a) lo que otros dicen? SI NO

Please check which type of speech/communication pattern your child has -- if needed please check more than one:
Por favor marque con un círculo que tipo de habla/comunicación tiene su hijo(a)--puede ser más de uno:

Age appropriate speech Only uses simple words Only uses simple phrases Speech is babble like
Habla apropiadamente para su edad Solo usa palabras básicas Solo usa frases básicas Balbucea (habla como bebe)

Has no speech Communicates with gestures only Sign Language
No habla Se comunica con gestos solamente 'Únicamente con leguaha por senas

Other: _____
Otro(a): _____

Primary language spoken in the home: _____ Secondary language spoken in the home: _____
Idioma principal que se habla en casa: _____ Idioma secundario que se habla en casa: _____

TOILETING SKILLS:

DESTREZAS DE CUIDADO PERSONAL:

Please check which type of toileting skills your child has achieved. If needed please check more than one: Por favor marque con un círculo el tipo de destrezas que su niño(a) ha logrado – puede ser más de una:

[Type here]

Toilets independently being "potty trained" *Puede ir al baño independientemente entrenando* Diapers Only - Cloth or Disposable *Usa pañales – de tela o desechables* Currently *Se está*

Is "potty trained" but needs assistance (schedule) _____ *Ya sabe ir al baño pero necesita ayuda* Requires catheterizations – *Requiere sonda/catéter – horario:*

How does your child indicate a need to use the toilet? Language used, special terminology, certain gestures, etc.
¿Cómo indica su niño(a) la necesidad de ir al baño? Indique el idioma, palabras especiales que usa o ciertos gestos, etc.

Does your child have any special toileting needs/schedules? YES NO If yes, please explain:
¿Tiene su niño(a) alguna necesidad especial para ir al baño u horario especial? SI NO Si es así, por favor explique:

SLEEP HABITS:
HABITOS PARA DORMIR:

At respite care, my child may be placed in: Crib Playpen Floor mat Other:
_____ *Cuando en su cuidado, mi hijo(a) puede ser puesto(a) en: Cuna Corralito Tapete Otra cosa:*

My child will be most comfortable when placed: On back On right side On left side On stomach Other: _____
Mi hijo(a) estará más cómodo: De espalda Lado derecho Lado izquierdo De estomago Otra: _____

My child's usual bed time? _____ Any special bedtime routines? YES NO If yes, please explain:
¿Hora usual de acostarse? _____ ¿Alguna rutina especial al dormir? SI NO Si es así, por favor explique:

BEHAVIOR: Please check any of the behaviors that your child may demonstrate.
COMPORTAMIENTO: *Por favor marque con un círculo los comportamientos que su niño(a) pueda demostrar:*

Outgoing <i>Extrovertido</i>	Shy <i>Tímido</i>	Plays in groups <i>Juega en grupo</i>	Plays alone <i>Juega solo(a)</i>	Adapts to new situations well <i>Se adapta a situaciones nuevas</i>
Needs assistance in adapting to new situations <i>Necesita asistencia para adaptarse a nuevas situaciones</i>		Sometimes hits, bites, or hurts self <i>A veces pega, muerde o se daña a sí mismo(a)</i>		
Sometimes hits, bites or hurts others ADD/ADHD <i>Algunas veces pega, muerde o daña a los demás Hiperactivo(a)</i>		Sometimes attempts to run away <i>A veces trata de huir</i>	Responds well to correction <i>Responde bien a corrección</i>	

If your child does not respond well to correction, please provide examples of how this is handled.
Si su niño(a) no responde bien a corrección, por favor dé ejemplos de cómo se debe manejar:

Is your child sometime destructive? YES NO If yes, please explain/provide example of behavior and how handled:
¿Es destructivo(a)? SI NO Si afirmó, por favor explique/dé ejemplos del comportamiento y como se debe manejar:

Does your child sometimes threaten others: YES NO If yes, please explain/provide example of behavior and how handled:
¿Suele su niño(a) amenazar a los demás? SI NO Si es así, por favor explique/dé ejemplos del comportamiento y de cómo se maneja:

[Type here]

My child responds to separation from his/her parents by:
¿Cómo responde su niño(a) al separarse de sus padres?

My child is best comforted by:
Mi niño(a) se consuela con:

My child lets someone know what he/she wants or needs by: *¿Cómo hace saber su niño(a) que quiere/necesita algo?*

What type of play activities does your child enjoy and/or participate in? *¿Qué tipo de actividades o de juegos disfruta o practica su niño(a)?*

OTHER: OTRO:

Any special precautions/additional information we need to know about your child? explain: <i>¿Hay algunas otras precauciones o información adicional que debemos saber sobre su hijo(a)? explique:</i>	YES	NO	If yes, please
	SI	NO	Por favor

[Type here]

Medical/Health Insurance Information:

Información de Seguro Médico de Salud:

In addition to providing the information below, you will need to provide a current copy of your child's medical/health insurance card.

Aparte de proporcionar la información a continuación, usted necesitara proporcionar una copia actualizada de la tarjeta del seguro medico de su hijo(a).

Insurance Carrier/Provider: _____
(Compañía de Seguro)

Name of Insured: _____
(Nombre del Asegurado)

Social Security Number of Insured: _____
(Numero del Seguro Social del Asegurado)

Policy and/or Group Number(s): _____
(Numero de Póliza/Grupo)

Insurance Verification Telephone Number: _____
(Numero de Teléfono Para Verificar Seguro)

For the safety and security of your child, you will need to attach a current photograph of your child. Please note: you will need to update your child's photograph every year.

Para la seguridad y el bienestar de su niño(a), usted deberá proporcionar una fotografía actualizada de su niño(a).

Atención: Usted deberá actualizar la fotografía de su niño(a) cada año.

DATE OF PHOTO: ____/____/____

AGE OF CHILD AT TIME OF PHOTO: _____

FECHA DE FOTO: ____/____/____

EDAD DEL NIÑO(A) EN LA FOTOGRAFIA: _____

Permission and Waiver to Dispense Medication(s)

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

SHARE will not dispense any medication(s) to a minor child or other participant until the Permission and Waiver to Dispense Medication(s) form has been completed by a parent or guardian. PLEASE NOTE THIS FORM WILL BE REQUIRED TO BE SIGNED ANNUALLY.

SHARE no administrara medicamento(s) a un menor u otro participante hasta que el Para Administrar Medicamento(s) Y Deslinde de Responsabilidad haya sido llenado completamente por un padre o guardian. A TENCION - ESTE FORMULARIO DEBE FIRMARSE ANUALMENTE.

I (Yo), _____ . _____ Parent/legal guardian *Padre/guardian legal*

Of (de), _____ Child's name (*Nombre de nino(a)*)

give permission to the nurse, the staff/employees, and/or volunteers of SHARE to administer medication(s) to my child following the guidelines below:

do y permiso a la enfermera, a los empleados, y/o voluntarios de SHARE para que administren medicamentos a mi nino(a) siguiendo estas indicaciones:

I understand it is my responsibility to give the medication(s) directly to the SHARE staff in the original prescription containers, clearly labeled with the following information:

Yo entiendo que es mi responsabilidad darle el medicamento directamente a la enfermera SHARE en el recipiente original de la farmacia, claramente marcado con la siguiente informacion:

Child's name:

Nombre del nino(a)

Name and strength of medication(s)

Nombre y dosis del medicamento

Complete dosage instructions

Instrucciones completas de dosificacion

Prescribing physician's name _____

Nombre del medico que receto

If the dosage of the medication(s) is different from the original prescription label, a signed letter from the prescribing physician stating different dosage instructions must accompany the medication. The signed letter must clearly state the following information:

Si la dosis del medicamento es diferente al de la etiqueta de la receta original, una carta firmada del medico especificando instrucciones para cambiar la dosis debe acompañar el medicamento. La carta firmada debe claramente dar la siguiente informacion:

Child's name/*Nombre de nino(a)*

Name and strength of medication(s)/*Nombre y dosis del medicamento*

Complete dosage instructions/*Instrucciones completas de dosificacion*

Prescribing physician's name/*Nombre del medico que receto*

I understand it is my responsibility to sign the Medication Authorization and Administration Record for each SHARE night, I wish medication(s) to be administered to the above mentioned child.

Yo entiendo que es mi responsabilidad firmar la Autorizacion de Medicamentos y Record Administrate para cada noche SHARE en la cual deseo que se le administre el medicamento a el nino(a) mencionado.

In all cases the recommended dosage of any medication(s) will not be exceeded.
En ningun caso sera excedida la dosis recomendada.

I recognize and acknowledge that there are certain risks of injury in connection with the administration of medication(s) to any minor child. In consideration of SHARE and its agents administering medication(s) to my minor child, I do hereby

[Type here]

fully release and discharge the nurse, the staff/employees, and/or volunteers of SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN from any and all claims from injuries, damages, and losses I or my minor child may have, arising out of, connected with, incidental to, or in any way associated with the administering of medication(s). I further agree to indemnify, hold harmless, and defend the nurse, the staff/employees, and/or volunteers of SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN from any and all claims resulting from injuries, damages, and losses sustained by me or my minor child and arising out of, connect with, incidental to or in any way associated with the administering of medication(s).

Yo reconozco y acepto que hay ciertos riesgos de danos en conexion con la administration de medicamentos a cualquier menor. En consideration de que SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN administre medicamentos a mi menor, yolibero a la enfermera, a los empleados, y/o voluntarios de SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN de cualquier y todo reclamo de danos y perdidas quesufra mi menor o yo, resultando de, en conexion con, incidental a, o de cualquier manera asociado con la administration de medicamentos. Yo ademds acuerdo deslindar, dejar libre, y defender a la enfermera, a los empleados, y o voluntarios de SHARE, Nurses Unlimited, Encompass Home Health Care, and Texas PRN de todo reclamo resultando de danos y perdidas sostenidas pormi o por mi nino(a) menor y resultando de, conectado con, incidental a, u en cualquier manera asociado con la administration de medicamentos.

Signature of Parent/Guardian
Firma del Padre/Guardian

Printed Name of Parent/Guardian
Nombre Escrito del Padre/Guardian*

____ / ____ / ____
Date Signed
Fecha de Firma

Relationship to child above *Relacion con el menor*

[Type here]

Verification of Medical Information and Waiver of Responsibility
Verificación de Información Médica y Deslinde de Responsabilidad

I (Yo), _____ ,
Parent/legal guardian {Padre/Guardian legal}

Of (de), _____ ,
Child's name {Nombre del Menor}

a minor, hereby release and discharge SHARE, its agents, employees, and any and all persons concerned therewith from any and all liability, claims, and causes of action of any type whatsoever arising out of or in any way connected with said child's participation in the activities of SHARE. I furthermore, with my signature below, indicate I have completed the required forms (Application, Individualized Care Plan, Behavior Questionnaire, and Permission and Waiver to Dispense Medication(s) with current and honest information.

un menor, aquí libero a SHARE, sus agentes, empleados, y cualquier todas las personas involucradas de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, y causas de acción de cualquier tipo resultando de, o en cualquier manera conectado con la participación de dicho menor en las actividades de SHARE. Además, yo, con mi firma indico que he completado los formularios requeridos (Aplicación, Plan de Cuidado Individualizado, Cuestionario de Comportamiento, y Permiso Para Administrar Medicamentos y Deslinde de Responsabilidad con información veraz y actualizada.

Signature of Parent/Guardian <i>Firma del Padre/Guardian</i>	Printed Name of Parent/Guardian <i>Nombre escrito del Padre/Guardian</i>	Date Signed <i>Fecha</i>
---	---	-----------------------------

Relationship to child above
Relación con el menor

NOTARY REQUIRED (Se Requiere Notario)

County of _____ in the State of Texas.
Condado de _____ en el Estado de Texas

Before me, the undersigned authority, on this day personally appeared
Ante mí, la autoridad que aquí firma, en este día e se presentó personalmente,

Name of Parent/Guardian {Nombre de Padre/Guardian}

known to me to be the person whose name is subscribed above, and acknowledged to me that s/he exacted the name for the purpose therein expressed, *(conocido por mí como la persona cuyo nombre está suscrito arriba, y ha reconocido que él/ella impuso el nombre para el propósito expresado.)*

Sworn and subscribed before this _____ day of _____ in the year _____ .
Jurado y suscrito este (dale/fecha) (month/mes) (year/año)

(seal/stamp)
STATE OF TEXAS

Signature of Notary (*Firma del Notario*)

Printed Name of Notary (*Nombre escrito del Notario*)
Notary Public in and for County of _____ in the State of Texas
Notario Público en y por el Condado de _____ en el Estado de Texas
My commission expires: _____
Mi comisión vence

[Type here]

Getting to Know Me

My Name:

Nickname:

Date of Birth:

Today's Date:

A Little About Me:

My Strengths: (things that are easy for me)

My Challenges: (communication, feeding, learning, mobility, social, energy, behavior)

Things to Avoid: (food, activities, and procedures)

Ways You Can be Helpful to Me:

My Overall Health:

Please use this space to list any additional medications your child is on, or to give us any other information that you

[Type here]