



www.HeartsForAutismLC.Com

Contacto: Tony Bobadilla, Ph.D. 915-820-4416

Felicia Olivas: 575-526-6682

Camp New Amigos

Edades: 6 - 17 años

Fecha del Campamento: Junio 4 – 15, 2018

Inscripción antes del 13 de abril

Costo la Solicitud: \$50

** Hearts for Autism Fund donará becas de \$200

Enviar su solicitud junto con el pago del campamento a:

Felicia Olivas

Correo electrónico: folivas@aitkids.com

Fax: 575-523-7254

Correo postal: Hearts for Autism

P.O. Box 2578

Las Cruces, NM 88004

Por favor seleccione el tamaño de la playera para su hijo(a):

Talla de Niño: Chica Mediana Grande

Talla de Adulto: Chica Mediana Grande

X-Grande

* Nota: Si no selecciona la talla de la playera, se le seleccionará una. Se pueden comprar playeras adicionales por \$20. Por favor indique la talla.

Pago con Cheque/Money Order a nombre de:

Hearts for Autism

301 Perkins Drive, Las Cruces, NM 88005

Memo: Camp New Amigos

Pago con tarjeta de crédito

(llenar la forma incluida en el formulario)

Coloque la foto del campista aquí:

Información del Campista/Estudiante:

Nombre:	Apellido	
Apodo:	Nombre del niño para la identificación:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Estatura Aprox.:	Peso:	
Escuela Actual:	Nombre del Maestro(a):	
Tipo de Salón:		
Dirección del Hogar:		
Ciudad, Estado, Código Postal:		

Información de los Padres/Tutores

Primer Contacto:	
Correo Electrónico:	
Tel. Celular:	Tel. del Trabajo:
Contacto Secundario:	
Correo Electrónico:	
Tel. Celular:	Tel. del Trabajo:
Idioma(s) hablado(s) en el hogar:	

Información del Transporte:

Persona(s) autorizada(s) para recoger a su hijo(a)
Persona(s) NO autorizada(s) para recoger a su hijo(a)

* Nota: Si alguien no está autorizado para recoger al niño(a) se debe incluir en el formulario el documento legal apropiado.

Información Médica:

Médico de su niño(a):	Número de teléfono del médico:
Los diagnósticos primarios de su hijo, por favor proporcione/incluya en el formulario evidencia de un diagnóstico de desorden del espectro de autismo (ASD), tales como un estudio psicoeducativo, informe de evaluación de una agencia externa, o el Programa de Educación individualizado (IEP) de su hijo(a)	
Alergias:	
Medicamentos tomados en el hogar:	
IMPORTANTE: Los consejeros de Camp New Amigos no pueden administrar NINGÚN medicamento.	
Fecha de la última vacuna contra el tétano:	
Lesiones o enfermedades que pudieran limitar la actividad física de su hijo(a) o la participación en los programas del campamento:	
Por favor proporcione a Camp New Amigos cualquier otra información de importancia con el fin de salvaguardar o proteger la salud de su hijo(a).	

¿Necesita su hijo(a) equipo de seguridad al nadar como chalecos salvavidas, tapones para los oídos, etc.?

¿Se siente cómoda(o) llevando a su hijo(a) a la comunidad?

Por favor mencione las actividades que su hijo(a) encuentre aversivas (desagradables). Ejemplos: lugares ruidosos, lugares llenos de gente, playa, cine, etc.):

Por favor mencione las actividades que su hijo(a) disfruta especialmente:

¿Cuáles son los proyectos de arte o materiales de manualidades favoritos de su hijo(a)?

¿Puede su hijo(a) comunicar sus deseos y necesidades?			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Lenguaje	Describa: _____
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Gestos	Describa: _____
¿Usa su hijo(a) algún sistema de comunicación?			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Describa: _____	
¿Pide ayuda su hijo(a)?			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Describa: _____	
¿Sigue su hijo(a) instrucciones simples? ¿Requiere de indicaciones o gestos?			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Describa: _____	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Describa: _____	
¿Está su hijo(a) propenso a trastornos emocionales/berrinches?			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Describa: _____	
¿Cómo podemos ayudar a su hijo si él/ella se molesta?			

Indique con una "X" los comportamientos que muestra su hijo(a):

Golpea a otros con la cabeza	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Golpea	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Pellizca/Rasguña	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Patea	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Muerde	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Escupe	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Dice groserías	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Corre	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Patea	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Grita	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Llora	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Se lastima a si mismo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Avienta objetos	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Se desviste	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Se rehúsa a caminar	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara Vez	<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Frecuentemente

¿Puede su hijo(a) cambiarse de una actividad a otra?

Si No Comentarios: _____

¿Presta su hijo(a) atención a las advertencias de peligro?

Si No Describa: _____

¿Muestra su hijo(a) miedo apropiado a situaciones de riesgo?

Si No Describa: _____

¿Necesita su hijo(a) ayuda para ir al baño?

Si No Describa: _____

*** Los campistas tendrán que traer su propia comida (almuerzo, botanas) al campamento si requieren de una dieta especial.

La mejor manera de contactarme durante las horas del campamento es:

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del niño(a) y edad: _____



Consentimiento para Video y Fotografía con Flash

Yo, _____ por medio de la presente doy consentimiento a mi hijo(a), _____ para ser fotografiado(a) y/o grabado(a) en video para la publicidad de Camp New Amigos, medios de comunicación, y otros propósitos del campamento. Entiendo que no hay ninguna compensación económica por estas fotografías y/o videos.

Firma del Padre o Tutor:

Nombre del Niño y Edad:

Renuncia y Liberación de Responsabilidad
Hearts for Autism Fund at the
Community Foundation of Southern New Mexico

(Fundación Hearts for Autism y la Fundación Comunitaria del Sur de Nuevo México)

Camp New Amigos – Campamento de Verano de Autismo

Junio 4 - 15, 2018

Es de mi conocimiento que como participante oficial en este evento existe algún riesgo de peligro inherente envuelto; realizando plenamente esta posibilidad, me comprometo a actuar de manera prudente y responsable. En caso de que sufriera una lesión o de otra manera tener motivos de queja relacionados de alguna manera con el evento Camp New Amigos-Autism Summer Camp, estoy de acuerdo, con mi firma, a indemnizar y no hacer responsables a:

Hearts for Autism Fund/Community Foundation of Southern New Mexico, la Junta de Regentes, sus funcionarios electos, empleados y agentes de cualquier y todos los reclamos, acciones, demandas, procedimientos, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluyendo los honorarios de abogados que surjan de, en relación con, o como resultado de mi participación en el evento. Además, entiendo y estoy de acuerdo que al firmar esta declaración de consentimiento estoy renunciando y entregando para siempre cualquier derecho de acción legal que pueda derivarse de mi participación en el evento Camp New Amigos.

Además, es de mi conocimiento que debo tener un seguro médico apropiado para cubrir cualquier accidente o lesión que pudiera sufrir como resultado de mi participación en el evento Camp New Amigos-Autism Summer Camp 2018.

Nombre	Fecha
Nombre	Fecha
Nombre	Fecha
Nota: Si un menor está participando en este evento, el tutor legal debe indicar el nombre del menor y firmar como el adulto legalmente responsable.	
Firma:	Fecha



College of Agricultural, Consumer, and Environmental
 Services Animal & Range Sciences, MSC 31
 New Mexico State University
 P.O. Box 30003 Las Cruces, NM 88003
 Phone: (575) 646-5595, Fax: (575)646-5441
 Email: white@nmsu.edu

Equitación Terapéutica - LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, me gustaría participar como voluntario(a) en el Programa de Equitación Terapéutica de la Universidad del Estado de Nuevo México (NMSU- por sus siglas en inglés). Reconozco que la participación en actividades equinas podría resultar en lesiones a mí mismo(a) y otras personas, y que tales actividades tienen otros riesgos y el potencial de riesgos de lesiones o daños. Sin embargo, considero que los beneficios de formar parte del equipo de Equitación Terapéutica de NMSU son mayores que los riesgos asumidos. Por la presente, con la intención de ser legalmente responsable por mí, mis herederos y cesionarios, estoy de acuerdo en indemnizar, renunciar y liberar para siempre de todas las lesiones o reclamaciones por daños y perjuicios en contra de New Mexico State University y el Programa de Equitación Terapéutica de NMSU, sus Regentes, Agentes, Representantes, Instructores, Terapeutas, Voluntarios, Empleados y Propietarios de Caballos por cualquiera y todas las lesiones y/o pérdidas que pueda sostener mientras participe de voluntario(a) y en otras actividades equinas de la Equitación Terapéutica de NMSU.

Bajo la Ley de Nuevo México, "Ninguna persona, corporación o asociación es responsable de las lesiones personales de, o por la muerte de un jinete que pueda ocurrir como resultado de la conducta de los animales equinos en el ejercicio de cualquier actividad equina". Y, "Ninguna persona, corporación, o asociación realizará ninguna demanda en contra, mantendrá cualquier acción en contra o recuperará de un jinete, operador, propietario, entrenador o promotor por lesiones, pérdidas o daños resultantes de la conducta equina a menos que los actos u omisiones del jinete, propietario, operador, entrenador o promotor constituyan negligencia".

Por la presente, apporto voluntariamente el valor de mi servicio para el mejoramiento de la Equitación Terapéutica de NMSU y las personas a quienes sirven. Entiendo que se harán todos los esfuerzos por parte de la Equitación Terapéutica de NMSU y sus organizaciones afiliadas para evitar cualquier accidente o lesión hacia mí.

Firma _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha: _____

Testigo(a): _____ Fecha: _____

Advertencia

"Todas las actividades que implican caballos, burros, mulas o ponis tienen riesgo para los participantes. La ley del estado de Nuevo México protege a los operadores, propietarios, entrenadores, promotores y otras personas de la responsabilidad por las lesiones que son el resultado de la conducta del animal equino. Leg. Act. SJC/Senate Bill 268 aaJ993."

INFORMACIÓN DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Nombre como se muestra en la tarjeta de crédito:	
Dirección de facturación de la tarjeta:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de Teléfono:	Correo electrónico:
Número de Tarjeta de Crédito:	
Fecha de Expiración:	Código de Seguridad:
Monto:	<input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover

Enviar la solicitud a:

Aprendamos Intervention Team
301 Perkins Drive
Las Cruces, NM 88005
Atención: Felicia Olivas

Vía Fax: 575-523-7254, Atención: Felicia Olivas
Correo electrónico: info@aitkids.com

Información de Contacto:
Tony Bobadilla, Ph.D.
Director de Camp New Amigos
tonyb@nmsu.edu
915-820-4416