



FOR YOUTH DEVELOPMENT®
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

POWER SCHOLARS ACADEMY



¡BIENVENIDOS! En colaboración con *Charlottesville City Schools*, *Y-USA* y *BellXcel*, *Piedmont Family YMCA* nos complace ofrecerles *Power Scholars Academy* este verano. *Power Scholars Academy* es un programa de enriquecimiento de verano de solo cinco semanas y un día completo que combina aprendizaje y diversión en una experiencia similar a un campamento mientras apoya el desarrollo académico, físico y emocional de los jóvenes. A través del generoso apoyo de nuestros socios, los estudiantes pueden participar en este programa de forma gratuita. The *Power Scholars Academy* está autorizada por el Estado de Virginia y se compromete a proporcionar un entorno seguro y saludable para el crecimiento y el desarrollo de su hijo. Los estudiantes trabajarán con maestros certificados de *Charlottesville City School* de 8:30 a 12:30 de lunes a jueves, seguidos de almuerzos y actividades de enriquecimiento del *YMCA*, incluyendo STEM, artes y juegos de 12:30 a 4:30. Antes y después de la atención que se proporciona de 7:30 a 8:30 a.m. y de 4:30 a 5:30 p.m. ¡Los viernes se incluirán actividades temáticas, excursiones, natación, actividades y diversión! Se proporciona transporte según sea necesario. También, se ofrece el desayuno, el almuerzo y la merienda. Después de un año único, ¡queremos que este sea un verano que su hijo nunca olvide!

INSCRIPCIÓN

Paso 1: Para la inscripción en línea, todos los estudiantes deben reservar una plaza registrándose primero en línea y completando todos los campos requeridos. Regístrese en línea en: piedmontymca.org/power-scholars

Paso 2: Formularios de inscripción. Complete el paquete de inscripción con los formularios requeridos (Ver lista de padres en la página 8) y envíelo a YMCA. Para su conveniencia, puede enviar sus documentos a través de cualquier medio de los que se citan a continuación:

- 1) Fax al 434-270-7565
- 2) Correo electrónico a youthandfamily@piedmontymca.org
- 3) Entrega en persona en la recepción del *Brooks Family YMCA* en *McIntire Park*
- 4) Acuda a la oficina de administración del colegio de su hijo

NOTA: Los estudiantes deben estar registrados en línea y tener los documentos entregados para ser registrados con éxito en *Power Scholars Academy*. Si necesita ayuda con el registro en línea o tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, por favor envíe un correo electrónico a Bonita Patton a youthandfamily@piedmontymca.org o llame al 434-270-7538.

UBICACIONES DE 2021 POWER SCHOLARS ACADEMY

Por favor seleccione la ubicación de *Power Scholars Academy* continuación:

- Greenbrier Elementary (actualmente solo estudiantes de Greenbrier/Venable)
- Clark Elementary (actualmente solo estudiantes de Clark/Burnley-Moran)
- Jackson-Via Elementary (actualmente solo estudiantes de Jackson-Via/Johnson)
- Walker Upper Elementary (actualmente solo estudiantes de Walker students)

INFORMACIÓN GENERAL

Fechas del programa: 21 de junio - 23 de julio, 2021

Horas de funcionamiento: Lunes – Viernes, 7:30am – 5:30pm

Director: Bonita Patton Correo electrónico: youthandfamily@piedmontymca.org

Teléfono: 434-270-7538 Fax: 434-270-7565

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

Seleccione el grado en el que su hijo se encuentra actualmente (año escolar 2020-2021):

Jardín de infantes Primer Grado Segundo Grado
 Tercer Grado Cuarto Grado Quinto Grado

Por favor indique si su hijo asistió a los siguientes programas:

Virtual Learning Center Schools Out Camp Summer Camp

Información del Estudiante ** SE REQUIERE TODA LA INFORMACIÓN**		
Apellido	Nombre	Inicial de Segundo nombre
Fecha de Nacimiento	Teléfono	Género
Dirección	Ciudad/ Estado	Código Postal
Escuela	Edad	Étnia
Escriba todas las alergias, intolerancia a los alimentos, medicamentos o cualquier sustancia, y las acciones a tomar en una situación de emergencia: (se requieren los formularios de FARE y de medicamentos)		
Escriba los problemas físicos crónicos e información pertinente al desarrollo y con arreglos especiales necesarios. ¿Su hijo tiene un IEP o asiste a terapia por algún motivo?		
Nombre de su médico		Teléfono de su médico
Quien tiene custodia legal?*: *Debe proporcionar la documentación	Palabra código (se requiere)	

Información de los padres		
Padre/Tutor 1	Empleador	Teléfono del trabajo
Dirección	Ciudad/ estado	Código postal
Correo electrónico	Fecha de nacimiento	Teléfono celular
Padre/Tutor 2	Empleador	Teléfono del trabajo
Correo electrónico	Ciudad/ estado	Código postal
Correo electrónico	Fecha de nacimiento	Teléfono celular

Contactos de emergencia		
En caso de emergencia si no es posible contactar con los padres, por favor, contacten con: (Se requieren 2 contactos diferentes a los padres, con números de teléfono diferente)		
Nombre	Relación con el niño	Teléfono
Dirección	Ciudad/ Estado	Código Postal
Nombre	Relación con el niño	Teléfono
Dirección	Ciudad/ Estado	Código Postal

Persona autorizada para la recogida		
¿Quién está autorizado para recoger a su hijo? Pedimos el documento de identidad a la hora de la recogida y los nombres deben estar en nuestra lista. — Si necesita añadir a alguien, por favor, dele una nota a su hija para que se la entregue al consejero de <i>Power Scholars Academy</i>		
Nombre	Relación con el niño	Teléfono
Nombre	Relación con el niño	Teléfono
Nombre	Relación con el niño	Teléfono

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DE LOS PADRES

La siguiente información es importante para la seguridad y protección de su hijo. Por favor lea la información, ponga sus iniciales y firme este formulario.

- Entiendo que el personal y los voluntarios de la YMCA no pueden cuidar ni transportar a los niños en ningún momento fuera del programa de YMCA. _____
- Entiendo que no debo dejar a mi hijo en el programa a menos que un miembro del personal del programa o un voluntario esté allí para recibir y supervisar a mi hijo.

- Entiendo que a mi hijo no se le permitirá salir del programa solo o con una persona no autorizada. Cualquier persona autorizada para recoger a mi hijo debe estar en la lista de la YMCA o se deben hacer otros arreglos llamando al Director del Programa. _____
- Entiendo que si llega una persona a recoger a mi hijo que parece estar bajo la influencia de drogas o alcohol, por la seguridad del niño, el personal deberá comunicarse con la policía. _____
- Entiendo que la YMCA tiene el mandato, por ley estatal, de reportar cualquier caso sospechoso de abuso o negligencia infantil a las autoridades apropiadas para su investigación. _____
- Entiendo que habrá un cargo de \$1.00 por cada minuto que mi hijo permanezca bajo cuidado esperando a ser recogido después de que finalice el programa. Si yo u otra persona autorizada no hemos sido contactados dentro de los 30 minutos posteriores al final del programa, se notificará a Servicios Sociales y / o al Departamento de Policía.

- Entiendo que la participación de mi hijo en este programa es un privilegio que puede ser revocado si mi hijo no muestra el debido respeto por el personal o los voluntarios del programa. _____

- Entiendo que el desayuno, el almuerzo y la merienda serán proporcionados por las escuelas de la ciudad de Charlottesville, sin embargo, puedo preparar las comidas voluntariamente según las pautas a continuación. _____
- Todos los artículos deben estar etiquetados con nombre / apellido y fecha.
- NO se permiten envases de vidrio
- los alimentos no pueden contener cacahuets o frutos secos (anacardos, almendras, nueces, etc.)

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DE LOS PADRES (cont.)

- La YMCA notificará a los padres / tutores cuando el niño se enferme y el padre / tutor se encargará de que el niño sea recogido tan pronto como sea posible si la YMCA lo solicite. _____
- Informaré al personal de *Power Scholars Academy* dentro de las 24 horas o el siguiente día hábil después de que mi hijo o cualquier miembro de la familia inmediata haya desarrollado una enfermedad contagiosa notificable, según lo define la Junta de Salud del Estado, a excepción de las enfermedades potencialmente mortales que deben informarse inmediatamente. _____
- Autorizo al personal de la YMCA a obtener atención médica inmediata si ocurre alguna emergencia cuando no se pueda localizar al padre / tutor de inmediato. Entiendo que si tengo una objeción a la prestación de dicha atención por motivos religiosos o de otro tipo, esta objeción debe hacerse por escrito a la YMCA. _____
- Acepto proporcionar a la YMCA todos los documentos solicitados antes de que mi hijo pueda comenzar el programa (certificado de nacimiento, examen físico, vacunas, etc.) _____
- Doy permiso para que mi hijo vaya a todas las excursiones (incluidos lagos / piscinas) fuera de las instalaciones, para ser transportado en autobuses escolares, que son operados por conductores de autobús certificados. _____
- Doy permiso para que mi hijo sea incluido en las fotos y videos de YMCA y / o *Power Scholars Academy*. Entiendo que estas fotos y videos pueden usarse para uso promocional y redes sociales. _____
- Acepto que en caso de enfermedad, vacaciones u otras ausencias, notificaré a *Power Scholars Academy* antes de las 8:30 am de ese día. _____

- Entiendo que si mi hijo tiene alguna necesidad o circunstancia especial, proporcionaré documentación para atender mejor las necesidades de mi hijo. Es posible que se necesite un plan de acción para asegurar el éxito en el programa si la disciplina o el comportamiento se convierten en un problema. _____
- Entiendo que se requiere puntualidad y asistencia diaria para tener éxito en la *Academia Power Scholars* y así maximizar el potencial de aprendizaje de mi hijo. Si ocurren tardanzas o ausencias excesivas (3 o más), el Director del Programa se comunicará conmigo. _____
- He recibido una copia del Manual de 2021 YMCA Power Scholars Academy y he leído y comprendido las declaraciones anteriores. _____

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____

El nombre del niño: _____

FORMULARIO PARA NATACIÓN

Los días de natación son días divertidos para los niños. Para asegurarnos de que también sean días seguros, le recordamos que supervisamos a los niños en una proporción de al menos 1:12, y que en cada ocasión de natación hay salvavidas certificados presentes en todo momento. Algunos miembros del personal estarán en el agua con los niños, mientras que otros los observarán desde un punto de vista eficaz. Los días de natación, todos los niños deben traer traje de baño, muda de ropa y toalla para participar. Los niños pueden traer chalecos salvavidas personales (debe ser un chaleco salvavidas aprobado por la Guardia Costera; no se permiten manguitos). Las aletas son muy comunes para los nadadores jóvenes y están aprobadas por la Guardia Costera. No se permiten juguetes de piscina.

Elija una de las siguientes opciones:

____ Mi hijo no es nadador (no es seguro que esté en el agua cuando cubre encima de los hombros). Los niños designados como no nadadores permanecerán en el extremo poco profundo de la piscina.

____ Mi hijo es nadador (es seguro que esté en el agua por encima de los hombros).

Tenga en cuenta que los niños NO pueden pasar más allá de los 4.5 pies de agua. YMCA no hará pruebas de natación. Todos los niños marcados como no nadadores permanecerán en el agua que cubra debajo de los hombros (área de entrada de profundidad cero).

Al firmar a continuación, está dando permiso para que su estudiante vaya a nadar en *Brooks Family YMCA*.

Nombre del niño: (Un formulario por niño)

_____ Firma del padre / tutor:
_____ Fecha: _____

FORMULARIO DE PERMISO DE PROTECCIÓN SOLAR

Doy mi permiso para que el personal de *Power Scholars Academy* aplique el protector solar *Rocky Mountain SPF 30 Kids Broad Spectrum Sunscreen* a mi hijo, como se especifica a continuación, cuando esté jugando afuera. Además, entiendo que se puede aplicar protector solar a la piel expuesta, que incluye, entre otros, la cara, la parte superior de las orejas, la nariz, los hombros desnudos, los brazos y las piernas. * Los niños de nueve años en adelante pueden administrarse su propio protector solar si están supervisados.

El personal de YMCA no puede aplicar el protector solar excepto en presencia de varios miembros del personal. He verificado toda la información pertinente sobre el tipo y uso del protector solar para mi hijo:

- El personal puede aplicar el protector solar de amplio espectro para niños *Rocky Mountain SPF 30* a mi hijo como se describe arriba.
- No doy permiso al personal para aplicar a mi hijo el protector solar de amplio espectro para niños *Rocky Mountain SPF 30*. Le proporcionaré protector solar a mi hijo (se requiere que complete otro formulario de permiso). Tenga en cuenta las reacciones adversas:

Nombre del niño: (Un formulario por niño): _____

Nombre completo del padre o tutor (en letra de imprenta):

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PADRES

- Formulario de inscripción de estudiantes
- Declaración de entendimiento de los padres
- Formulario de natación
- Formulario de permiso de protección solar
- Formulario de medicación (si el estudiante necesita medicación durante el día escolar y DEBE estar firmado por un médico)
- F.A.R.E. Formulario (si el estudiante tiene alergias a los alimentos y DEBE estar firmado por un médico)
- Formulario de salud de ingreso a la escuela de la Commonwealth of VA, que incluye:
- Certificado de vacunación (firmado / fechado por el médico)
- Examen físico (firmado / fechado por el médico)
- Copia del acta de nacimiento del niño

Formulario de autorización de medicamentos para medicamentos con receta y sin receta

INSTRUCCIONES: El padre / tutor debe completar la Sección A para TODAS las autorizaciones de medicamentos. Las secciones A y B deben completarse para las autorizaciones de medicamentos a largo plazo (las que duran más de 10 días hábiles).

<p>Sección A: Para ser completada por el padre / tutor</p> <p>Autorización de medicamentos para: _____ (nombre del niño). _____ (Nombre del proveedor de cuidado infantil) tiene mi permiso para administrar el siguiente medicamento: _____ (Nombre del medicamento) Dosis y horarios de administración: _____</p> <p>Instrucciones especiales (si las hay): _____</p> <p>Esta autorización es efectiva desde: _____ (fecha de inicio) hasta: _____ (fecha de finalización)</p> <p>Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____</p>

<p>Sección B: a completar por el médico del niño</p>
--

Yo _____ (Nombre del médico), certifico que es médicamente necesario que los medicamentos enumerados _____ a continuación se administren a: _____ (Nombre del niño) por una duración que exceda los 10 días hábiles.

Medicamento (s): _____

Posología y tiempos de administración: _____

Instrucciones especiales (si las hay):

Esta autorización es efectiva desde: _____ (fecha de inicio) hasta:
_____ (fecha de finalización)

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Teléfono del médico: _____

**COLOQUE
UNA
FOTOGRAFÍA
AQUÍ**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____

Peso: _____ kilos. Asma: **SÍ (Riesgo más alto de reacción grave)** **No**

NOTA: No recurra a antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos: _____

POR LO TANTO:

Si esta opción está marcada y es **PROBABLE** que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante **CUALQUIERA** de estos síntomas.

Si esta opción está marcada y es **SEGURO** que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.

ANTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS GRAVES

 PULMÓN Falta de aire, sibilancia, mucha tos	 CORAZÓN Tez azulada o pálida, desmayo, pulso débil, mareo	 GARGANTA Ronquera u oclusión, dificultad para tragar o respirar	 BOCA Hinchazón significativa de la lengua o los labios
 PIEL Urticaria extendida en las distintas partes del cuerpo, enrojecimiento generalizado	 INTESTINOS Vómitos reiterados, diarrea grave	 OTRO Sensación de que va a pasar algo malo, ansiedad, confusión.	O UNA COMBINACIÓN de los síntomas de las distintas áreas

↓ ↓ ↓

1. **INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO**
2. **Llame al 911.** Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.
- Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina:
 - Antihistamínico
 - Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante
- Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.
- Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.
- Comuníquese con los contactos de emergencia.
- Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).

SÍNTOMAS LEVES

 NARIZ Picazón o moqueo nasal, estornudos	 BOCA Picazón bucal	 PIEL Algunas ronchas, picazón leve	 INTESTINO Náuseas leves o malestar
--	---	---	---

EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

1. Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
2. Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina o fármaco genérico: _____

Dosis de epinefrina: 0,1 mg IM 0,15 mg IM 0,3 mg IM

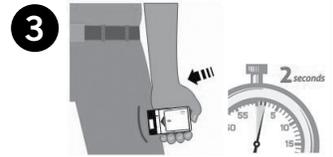
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): _____

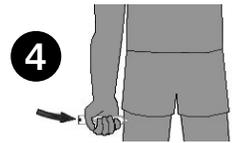
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire AUVI-Q del estuche externo. Saque la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
3. Oprima firmemente hasta escuchar un clic y un silbido, mantenga presionado por 2 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
3. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALICK®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
3. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO UTILIZAR SYMJEPI™ (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP)

1. Cuando esté listo para aplicar la inyección, retire la tapa para dejar la aguja expuesta. No coloque el dedo encima del dispositivo.
2. Sostenga la inyección SYMJEPI solo con los dedos e inserte la aguja en el muslo suavemente. SYMJEPI puede inyectarse a través de la ropa si es necesario.
3. Después de que la aguja esté en el muslo, empuje el émbolo hacia abajo hasta que haga clic y manténgalo durante 2 segundos.
4. Retire la jeringa y masajee el lugar de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.
5. Una vez que se haya administrado la inyección, colocando una mano con los dedos detrás de la aguja, deslice la protección de seguridad por sobre la aguja.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES

1. No coloque el dedo pulgar, los demás dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni aplique la inyección fuera de la parte exterior media del muslo. En caso de inyección accidental, diríjase inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si administra el medicamento a un niño pequeño, sostenga su pierna firmemente antes y durante la aplicación para evitar posibles lesiones.
3. Si es necesario, la epinefrina se puede aplicar a través de la ropa.
4. Llame al 911 inmediatamente luego de aplicar la inyección.

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN ADICIONAL (la persona puede llevar epinefrina, el paciente puede autoadministrarse la medicación, etc.):

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Las primeras señales de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden agravarse con rapidez.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE O TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____