AM □ PM □



Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación valida ha sido vista por empleados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Entrega □ y al Recoger □

□ Adulto con niño ha sido citado a la corte.

□ Color de pulsera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Registración Para el Cuarto de Espera de Niños (CDEN)**

|  |
| --- |
| **INFORMACION DEL NIÑO:** |
| Nombre y Apellido de Primer Niño: | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Nombre y Apellido de Segundo Niño: | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Nombre y Apellido de Tercer Niño: | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| **Alergias? No □ Si□** **Lista de Alergias:** | Algunas condiciones médicas? No □ Si □ Lista de Condiciones: |
| Necesidades Especiales /Instrucciones: |
| El niño ha estado en el cuarto de espera antes? No □ Si □ |
| **INFORMACION DE PRIMER PADRE (Adulto Entregando al niño):** |
| Primer Nombre y Apellido: | Número de Teléfono #: |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Código Postal: | Lenguaje Primario: |
| Nombre Completo de Persona en el Calendario de la corte: | Numero de Cuarto de la Corte# |
| Correo Electrónico: | ID/DL #: |
| **INFORMACION DE SEGUNDO PADRE** |
| Primer Nombre y Apellido: | Número de Teléfono #: |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Código Postal: | Correo Electrónico: |
| Nombre Completo de la Persona en el Calendario de la corte: | Numero de Cuarto de la Corte #: |

**INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Persona Alternativa Para Recoger):**

|  |  |
| --- | --- |
| Primer Nombre y Apellido: | Número de Teléfono #: |
| Relación: | Otra Nota: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hora de Llegada:** | **Hora de Salida:** | Duración de Visita: |

**NOTAS PARA LOS EMPLEADOS DEL CDEN**

|  |
| --- |
| Algo que se haiga visto:Especifique en **que fue** y en **donde** (Un golpe en la pierna derecha, un rasguño en el brazo izquierdo, etc.) |

**Información Para Padres y Acuerdos**

Al firmar a continuación, por la presente renuncio a todos y cada uno de los reclamos contra el Tribunal Superior de California, Condado de San Francisco y cualquier empleado, agente o voluntario de Mission Neighborhood Centers (MNC) por cualquier enfermedad o lesión que pueda haber sido causada de cualquier manera y en cualquier grado a mi(s) hijo(s) durante su estadía en el Cuarto de Espera para Niños (CDEN).

En caso de que el personal de CDEN no pueda determinar mi paradero, al firmar a continuación, autorizo ​​a CWR a notificar a las autoridades y liberar a mi(s) hijo(s) según lo designado por las autoridades bajo la custodia del "contacto de emergencia" mencionado anteriormente, o como designado por la policía o los Servicios de Protección Infantil.

Como padre de los niños enumerados, al firmar a continuación, doy mi consentimiento al Tribunal Superior de California, al condado de San Francisco, al personal de MNC y al personal de los servicios de emergencia para proporcionar tratamiento médico de emergencia o atención necesaria para preservar la vida, extremidad o el bienestar del niño incluido en la lista.

Mientras mi(s) hijo(s) esté(n) en CDEN, acepto cumplir con los siguientes procedimientos:

1. Entiendo que el CDEN es una instalación sin licencia y sin cita previa y está destinada únicamente a ser una zona de espera para mi(s) hijo(s). No se permitirá el ingreso de adultos no autorizados al CDEN. El CDEN es para los hijos de tutores, padres y litigantes que realizan negocios en el Tribunal únicamente.
2. Entiendo que el personal de CDEN debe estar al tanto de mi ubicación en todo momento. Si cambio de ubicación, informaré al personal de CDEN antes de ir a la nueva ubicación. También entiendo que no se me permite salir del edificio mientras mis hijos estén en el CDEN.
3. Entiendo que el CDEN abre a las 8 a. m., cierra al mediodía, abre nuevamente a la 1 p. m. y cierra a las 4:30 p. m. afilado. Entiendo que debo recoger a mis hijos a más tardar 5 minutos antes del cierre de la habitación al mediodía y a las 4:30 p. m. Si me retraso en el tribunal u otros procedimientos legales, me comunicaré con el personal de CDEN para informarles. mis circunstancias. Además, entiendo que si no recupero a mi(s) hijo(s) o me comunico con el personal de CDEN antes del cierre de la habitación al mediodía y a las 4:30 p. m., como resultado, se comunicará con las autoridades correspondientes.
4. Entiendo que no se proporciona almuerzo a los niños, solo refrigerios cuando estén disponibles. **Si mi(s) hijo(s) tiene alergias alimentarias o sigue una dieta restringida, es mi responsabilidad consultar con el personal de CDEN para determinar si el refrigerio que se ofrece es apropiado.**
5. Entiendo que el personal de CDEN está preocupado por la seguridad de todos los niños bajo su supervisión, y si mi(s) hijo(s) representan una amenaza para sí mismo o para otros, o se comporta de manera inapropiada, se me pedirá que recupere inmediatamente mi hijo a petición del personal de CDEN.
6. Entiendo que, como padre/tutor que deja a mi hijo, también debo recogerlo antes del mediodía y las 4:30 p.m. a menos que el tribunal indique lo contrario. Si no puedo ser localizado o no puedo recoger a mi(s) hijo(s), se notificará a las autoridades apropiadas y/o se llamará al "contacto de emergencia" para que recoja al niño, autorizo ​​al "contacto de emergencia" que figura en la página anterior para recoger a mi(s) hijo(s).

He leído, entiendo y acepto cada una de las condiciones establecidas en este documento, y acepto eximir de responsabilidad a Mission Neighborhood Center, Children's Waiting Room y al Tribunal Superior de California, Condado de San Francisco, sus funcionarios, agentes y empleados, de y contra todos y cada uno de los reclamos, pérdidas, responsabilidades o daños, incluido el pago de honorarios de abogados, que surjan o resulten del cumplimiento de este acuerdo.

**Firma de Padre** (Persona Dejando al Niño(a)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de Padre** (Persona Recogiendo al Niño(a)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_