

CONSENTIMIENTO Y APOYO DEL PADRE/TUTOR

Comprendo que el programa S.T.E.P.S. for kids requerirá que mi hijo/a se someta a un proceso de evaluación, incluyendo el consentimiento del médico, mediciones de la composición corporal, pruebas de capacidad física y ejercicio, y un análisis nutricional. Comprendo asimismo que mi hijo/a y yo tendremos que participar en sesiones de ejercicios semanales, grupos de discusión y clases de nutrición. Acepto ayudar en la implementación de los cambios recomendados a la nutrición y la actividad física, y alentaré a la familia de mi hijo/a a apoyar estos cambios en el estilo de vida abordando los problemas juntos. Comprendo que el personal de S.T.E.P.S. derivará a mi hijo/a a su médico de atención primaria por cualquier problema emocional o médico severo.

Finalmente, certifico que la asistencia al programa y el deseo de adoptar los cambios sugeridos en el estilo de vida son voluntarios, y que el éxito de mi hijo/a dependerá de esto. Comprendo que toda la información y datos recogidos son confidenciales, y con el único fin de promover el éxito de este programa.

Por el presente doy mi consentimiento y brindaré apoyo para que (nombre del niño/a) _____ (Edad) _____ participe en el programa S.T.E.P.S. for kids.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre/tutor _____

Teléfono particular _____ Celular _____

Dirección _____

Persona de contacto de emergencia

Nombre _____ Teléfono _____ Casa () Celular ()

Relación _____