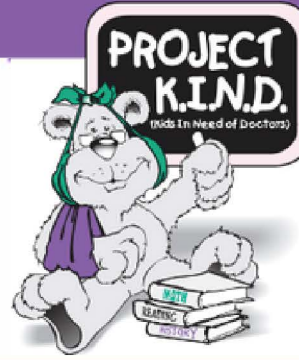


INTAKE FORM



Project K.I.N.D.

3993 Jurupa Avenue
Riverside, CA 92506

P.O. Box 2425
Riverside, CA 92516

Phone: 951-686-1976
Fax: 951-686-1692

info@projectkind.org
www.projectkind.org

PK Staff Use Only

Date Received: _____

PK Staff Initials: _____

School Use Only

District Nurse or Health Staff Authorization: _____
(Initials)

Authorizing Health Staff: _____

Referring Party: _____

Phone No.: _____

E-mail: _____

School District: _____

School Name: _____

Services Child is Seeking: _____

Type of Visit

Medical Dental Vision

Date of Recent Vision Rx (if applicable): _____

Parents to Complete

Name of Child: _____

Date of Birth: _____

Gender: Female Male

Address: _____

City: _____

Zip/Postal Code: _____

Ethnicity: _____

Preferred Language: _____

Do you have reliable transportation:

Yes No

Mother: _____

Father: _____

Legal Guardian: _____

Parent/Guardian Phone Number: _____

Alternative Number: _____

Parent/Gurdian Email: _____

Income (For data collection purposes)

Number of people in household: _____

Total Annual Income: _____

Name of Child's Health Insurance (mark N/A if none): _____

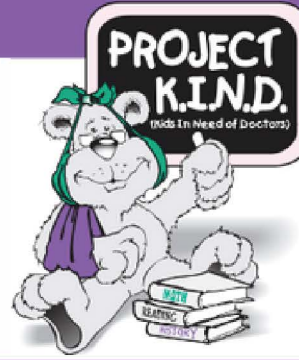
Additional resources needed (please specify): _____

PARENT CONSENT / RELEASE / AGREEMENT

1. I consent for a Project K.I.N.D. volunteer provider to provide evaluation and treatment of the above referenced child and that he/she is seeing my child for this time only. I understand that he/she will not become my child's permanent provider and is providing this care on this date only. I will arrange for follow-up care at my own expense. I understand this program does not cover hospitalization or other expenses unless expressly agreed upon by Project K.I.N.D.
2. I give permission to release health information to the school health office and to Project K.I.N.D. This information will remain confidential and will be used only to improve and expand Project K.I.N.D. services to children.
3. The recipient hereby agrees to indemnify and hold Riverside County Medical Association, Project K.I.N.D., the school district and the governing board, the individuals thereof, and all officers, agents and employees free and harmless from any loss damage, liability or cost of expense that may arise during or caused by such treatment provided.
4. I certify the above household, insurance, and income information is true and correct to the best of my knowledge.
5. I understand if I cannot make my appointment, I need to call Project K.I.N.D. at 951-686-1976. If I do not give **24-48 hour cancellation notice** or do not show up for my scheduled appointment, my child will no longer be eligible for Project K.I.N.D. services.
6. I understand that if I display inappropriate behavior towards PK staff or providers, my child/ren will be removed from the program and no longer eligible for any additional services.
7. By signing below, I consent to the possibility of my child's photo being obtained and used for publication on marketing platforms including social media, our website, and flyers. I acknowledge that this consent grants permission for such use.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

FORMULARIO



Project K.I.N.D.

3993 Jurupa Avenue
Riverside, CA 92506

P.O. Box 2425
Riverside, CA 92516

Tel: 951-686-1976
Fax: 951-686-1692

info@projectkind.org
www.projectkind.org

PK Staff Use Only

Date Received: _____

PK Staff Initials: _____

School Use Only

District Nurse or Health Staff Authorization: _____
(Initials)

Authorizing Health Staff: _____

Referring Party: _____

Phone No.: _____

E-mail: _____

School District: _____

School Name: _____

Services Child is Seeking: _____

Type of Visit

Medical Dental Vision

Date of Recent Vision Rx (if applicable): _____

Favor de Completar

Nombre del niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Género: Femenina Masculino

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

Etnicidad: _____

Idioma Preferido: _____

¿Tienen modo de transporte? No afectara su elegibilidad.

Si No

Madre: _____

Padre: _____

Guardián Legal: _____

Número de Teléfono: _____

Número Alternativo: _____

Correo Electronico: _____

Ingresos (Con el propósito de recopilar datos)

Número de Personas en el Hogar: _____

Ingresos Anuales Totales: _____

Nombre del Seguro de Salud (marque N/A si ninguno): _____

¿Recursos adicionales necesarios? (especifique): _____

CONSENTIMIENTO / LIBERACIÓN / ACUERDO DE LOS PADRES

1. Doy mi consentimiento para que un proveedor voluntario del Proyecto K.I.N.D. brinde evaluación y tratamiento de mi hijo y que él/ella esté viendo a mi hijo solo por este tiempo. Entiendo que él/ella no se convertirá en el proveedor permanente de mi hijo y que está brindando esta atención solo en esta fecha. Organizaré la atención de seguimiento a mi propio costo. Entiendo que este programa no cubre la hospitalización u otros gastos a menos que el Proyecto K.I.N.D. lo acuerde expresamente.
2. Doy permiso para divulgar información de salud a la oficina de salud de la escuela y al Proyecto K.I.N.D. Esta información permanecerá confidencial y se utilizará únicamente para mejorar y ampliar los servicios del Proyecto K.I.N.D. a los niños.
3. Por el presente, el destinatario acepta indemnizar y eximir de responsabilidad a la Asociación Médica del Condado de Riverside, al Proyecto K.I.N.D., al distrito escolar y a la junta directiva, a los individuos de los mismos y a todos los funcionarios, agentes y empleados de cualquier pérdida, daño, responsabilidad o costo de gasto que pueda surgir durante o causado por dicho tratamiento proporcionado.
4. Certifico que la información anterior sobre el hogar, el seguro y los ingresos es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
5. Entiendo que si no puedo llegar a mi cita, tengo que llamar al Proyecto K.I.N.D. al 951-686-1976. Si no doy un **aviso de cancelación de 24 a 48 horas** o no me presento a mi cita programada, mi hijo ya no será elegible para los servicios del Proyecto K.I.N.D.
6. Entiendo que si muestro un comportamiento inapropiado hacia el personal o los proveedores de PK, mi hijo/a ya no será elegible para ningún servicio adicional.
7. Al firmar a continuación, consiento a la posibilidad de que la foto de mi hijo sea obtenida y utilizada para su publicación en plataformas de marketing, incluyendo redes sociales, nuestro sitio web y folletos. Reconozco que este consentimiento otorga permiso para dicho uso.

Firma del Padre o Guardián: _____

Fecha: _____