

ACT!

Cambiando activamente juntos



FORMULARIO DE REFERENCIA

Aprenda hábitos más saludables para toda la vida

¡Los referidos son bienvenidos durante todo el año!

El programa ACT se desarrolló en asociación con proveedores y profesionales de Seattle Children's Hospital y ayuda a los jóvenes de 8 a 14 años y a sus familias a cambiar activamente al

practicar hábitos más saludables en equipo. Hay programas presenciales y virtuales disponibles.

Descripción general del programa:

- 13 sesiones grupales semanales de 2 horas
- Membresía familiar en la Y para usar entre sesiones semanales
- Sesiones dirigidas por entrenadores de nutrición y actividad física
- Los padres o tutores se unen al programa junto con sus hijos
- Juegos y actividades energizantes, grupo de apoyo para padres, y comidas ligeras

¿LISTOS PARA ACTUAR AHORA MISMO?

Se requiere la remisión de un proveedor de atención médica para inscribirse (puede ser un médico, una enfermera registrada, un dietista registrado o cualquier proveedor de atención médica con licencia). Los jóvenes deben tener un índice de masa corporal (IMC) > percentil 85. Usted y el proveedor de atención médica de su hijo pueden completar este formulario y enviarlo por fax al (844) 836-8957. La Y se comunicará con las familias interesadas después de recibir la remisión.

Provider completes the following:

I confirm this child/teen is eligible for ACT! with age 8-14 years and BMI ≥ 85th percentile for age

CHILD / TEEN HEIGHT	CHILD / TEEN WEIGHT (KG)
PROVIDER NAME	
SIGNATURE	
DATE	CLINIC
EMAIL OR FAX	

El padre o tutor legal completa lo siguiente:

- Estoy interesado en recibir mas información sobre ACT
- Estoy listo para reservar un lugar en el programa ACT y confirmo que este niño es físicamente y emocionalmente capaz de participar en la actividad física grupal

NOMBRE DEL NIÑO/ADOLESCENTE	
FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/ADOLESCENTE	GÉNERO DEL NIÑO/ADOLESCENTE <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO DE CONTACTO PREFERIDO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO)	
¿CÓMO SE ENTERÓ DE ACT?	
UBICACIÓN PREFERIDA DE LA Y	
INFORMACIÓN DE SALUD ADICIONAL (¿ALERGIAS/ENFERMEDADES?)	

¿PREGUNTAS? Contáctanos: (360) 753-6576 ext 10257 | viviand@ssymca.net | southsoundymca.org/sheltonact/