SIBS day is run by professionals (Child Life, Medical Social Work, Music Therapy and Pet Therapy who are trained in therapeutic activities for children and teens who are impacted by illness, injury or disability.)

SIBS day es conducido por profesionales (Child Life, Trabajo Social, Terapia Musical y Terapia de Mascotas) entrenados en actividades terapéuticas para niños y adolescentes (y sus hermanos) que han sido afectados por alguna enfermedad, lesión o incapacidad.

S. I. B. S. DAY WORKSHOP

Join us for games, activities and art!

¡Traiga a sus hijos(as) para que participen en juegos, actividades, música y arte!

- At SIBS day, kids are around other kids who know what it's like to have a sibling with medical needs or disabilities. *En el SIBS day, los niños con hermanos con alguna necesidad médica e incapacidad comparten tiempo juntos.*
- This workshop helps kids express themselves and recongize that they are not alone in their thoughts and feelings. *Este taller ayuda a que los niños puedan expresarse individualmente y reconocen que no están solos emocionalmente.*
- YOUTH and TEEN groups are formed and different activities are designed for each age range. *Los grupos de jóvenes y adolescentes tienen actividades diseñas propiamente para su edad.*

Intermountain Primary Children's Medical Center

100 North Mario Capecchi Drive
Salt Lake City, UT 84113

Intermountain Primary Children's Medical Center
Healing for Life℠

Pediatric Education Services

Tuition $5 per child *El costo es de $5.00 por niño e incluye el almuerzo*

FAMILY SUPPORT SERVICES
EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE APOYO A LA FAMILIA

S. I. B. S. DAY

TALLER PARA HERMANOS Y HERMANAS SÚPER IMPORTANTES
(S.I.B.S. Day, por sus siglas en inglés)

Super Important Brothers & Sisters

Hermanos y Hermanas Súper Importantes

Saturday, September 19, 2009
Sábado 19 de septiembre del 2009
10:00 am – 2:00 pm

Primary Children's Medical Center
3rd Floor North End
3er piso, lado norte del hospital

S. I. B. S. DAY

A Workshop for Super Important Brothers & Sisters

BROTHERS AND SISTERS AGES 5–17 WHO HAVE A SIBLING WITH CHRONIC MEDICAL CONDITIONS OR DISABILITIES ARE INVITED TO ATTEND S.I.B.S. DAY.

The Family Support Services Department of Primary Children's Medical Center is sponsoring a workshop for brothers and sisters who have a sibling with chronic medical conditions or disabilities. Participants will be divided into groups according to age. The workshop will create opportunities, through games, music, art and activities, to interact with others in similar situations. It will be a place where children can express themselves, learn from others, explore new ways to cope, and recognize that they are not alone in their thoughts and feelings. TEEN SIBS day is similar to SIBS day for youth, but is held in a separate area with different activities designed for teens. A lunch will be provided. **Tuition is $5.00 per child.**

Space is limited and pre-registration is required. To register fill out the attached form and send your payment by September 4, 2009 to: ***Primary Children's Medical Center, Pediatric Education Services, 675 East 500 South, Suite 100, Salt Lake City, UT 84102****. To ensure availability, please register early as this event can fill quickly. If you have questions regarding the workshop, please contact Family Support Services at 801.662.3701.*

(S.I.B.S. DAY, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Taller para Hermanos y Hermanas Súper Importantes

LOS HERMANOS Y HERMANAS, ENTRE 5 Y 17 AÑOS DE EDAD, DE PACIENTES CRÓNICAMENTE ENFERMOS O INCAPACITADOS ESTÁN INVITADOS A PARTICIPAR DE ESTE TALLER DE ACTIVIDADES.

El Departamento de Servicios de Apoyo a la Familia de Primary Children's Medical Center está patrocinando un taller para los hermanos y hermanas de un niño crónicamente enfermo o incapacitado. Los niños participantes serán divididos en grupos de acuerdo a su edad. El taller crea oportunidades mediante el juego, música, arte y distintas actividades, para interactuar con otros niñs viviendo situaciones similares. Es un sito donde los niños pueden expresarse, aprender de otros, explorar nuevas formas para sobrellevar sus penas, y reconocer que no están solos emocionalmente. El Día TEEN SIBS es simalar al SIBS day para adolescentes, pero se realiza en otra área y tiene actividades designadas para adolescentes. La comida está incluída. **El costo es de $5.00 por niño.**

Contamos con espacio limitado. Para asistir al taller necesita pre-registrarse antes 4 de septiembre del 2009. ***Primary Children's Medical Center, Pediatric Education Services, 675 East 500 South, Suite 100, Salt Lake City, UT 84102****. Si usted tiene preguntas con respecto al taller, por favor contacte el departmente de Servicios de Apoyo Familiar al 801.662.3701.*

REGISTRATION FORM *REGISTRO*

Please fill out a separate form for each participant. *Por favor llene una aplicación para cada participante.*

Date: *Fecha*:

Participant's Name: *Nombre del Participante*:

Date of birth: *Fecha de nacimiento*: Age: *Edad*: Gender: *Sexo:* ☐ M ☐ F

Does this child receive any special services? (e.g., counseling, speech therapy, special education)? *¿Su niño recibe servicios especiales? (por ejemplo, consejería, terapia de lenguaje, educación especial)*

Parent(s) name(s): *Nombre de los padres*:

Home telephone: *Teléfono de la casa*:

Home address: *Dirección*:

Emergency contact telephone: *Teléfono de la persona a llamar en caso de emergencia*:

Emergency contact name: *Nombre de la persona a llamar en caso de emergencia:*

Briefly describe the nature of disability or illness of child with medical condition: *Brevemente describa la enfermedad o incapacidad del niño enfermo:*

What are your reasons for enrolling your child in the S.I.B.S. DAY workshop? *¿Cuáles son las razones para registrar a su hijo/hija en el taller?*

Do you have any concerns about enrolling your child in S.I.B.S. DAY? *Tiene alguna preocupación en registrar a su niño/niña en el taller?*

Do you have any particular topics that you would like addressed? *¿Le gustaría que incluyamos algún tema particular?*

Does your child have any allergies or restrictions? *¿Su niño tiene alguna alergia o restricción que debamos conocer?*

Please provide any other information that you feel will make this an enjoyable, safe and educational experience for your child. *Por favor infórmenos de algo que usted piensa que hará que su hijo/hija disfrute y tenga una experiencia educativa y segura ese día.*

☐ I grant permission to use photographs, videotapes, recordings, or other record of this program for promotional and educational purposes. *Doy permiso para usar fotografías, videos, cintas auditivas, u otro tipo de grabación para propósitos educativos y de promoción del taller.*

Signature of parent or guardian: *Firma del padre o tutor:* Date: *Fecha:*

☐ Check here if your child will need special assistance in order to fully participate. You will be contacted by Family Support Services prior to the event. For further assistance regarding registration, please call PES at 801.662.3500.

☐ *Marque la casilla si su niño necesita asistencia especial para participar en el taller. El departmente de Servicios de Apyoyo Familiar se pondrá en contacto con usted prontamente. Para asistencia con el registro, por favor llame al Departamento de Educación Pediátrica (PES, por sus siglas en inglés) al 801.662.3500*

☐ Check here if your child has special dietary needs. *Marque la casilla si su niño tiene necesidades dietéticas especiales.*

☐ Check here if interpretation services needed. *Marque la casilla si los servicios de interpretación necesitaron*

Use one of the following forms of payment: *Use alguna de las formas de pago*
Tuition is $5.00 per child. *El costo es de $5.00 por niño.*

1. ☐ Check payable to Pediatric Education Services *Cheque escrito a "Pediatric Education Services"*

2. Credit Card: *Tarjera de Crédito:* ☐ American Express ☐ Discover ☐ MasterCard ☐ Visa

Card Number: *Número de la tarjeta:*

Exp. Date: *Fecha de vencimiento:*

Cardholder Name: *Nombre del usuario:*

Signature: *Firma:*

Account # 935-3251