

Consentimiento informado del Padre/Tutor:

Entiendo que mi hijo adolescente ha sido invitado a asistir a actividades y sesiones quincenales de Florece/ Flourish, Unificatr/Unify u Hombres en Movimiento/ Motivating Males on the Move (M3) que se llevarán a cabo en el Departamento de Salud Pública del Condado Forsyth bajo la supervisión directa del Departamento de Salud Pública del Condado de Forsyth. Personal del programa de salud. Los temas pueden incluir presión de grupo, intimidación, relaciones saludables, abstinencia, sexo y sus riesgos y efectos, opciones anticonceptivas y prevención del VIH/ETS. Entiendo que, a través de actividades educativas, mi hijo adolescente aprenderá o mejorará habilidades relacionadas con la comunicación, la resolución de problemas, el establecimiento de metas y temas relacionados que lo capacitarán para tomar decisiones de estilo de vida saludables. Además, entiendo que mi hijo adolescente practicará habilidades de liderazgo y participará como miembro de la sesión en varios juegos, encuestas y otras actividades interesantes.

Los temas y actividades de incluyen Florece/Fluorish: ejemplos de libros de texto sobre anatomía femenina, salud mental y recursos, presión de grupo y escenarios, pubertad y ciclos menstruales, comunicación, acoso, relaciones, debates sobre el embarazo y la prevención de ITS, etc.

Los temas y actividades de UNIFICAR/UNIFY incluyen: ejemplos de libros de texto sobre anatomía femenina y masculina, ejemplos de opciones anticonceptivas, sexualidad e identidad, ejemplos ilustrados de ETS/ITS, diarios, abuso de sustancias, demostraciones de aplicación de condones, recursos y salud mental, etc.

Los temas y actividades de incluyen Hombres en Movimiento (M3): Ejemplos de libros de texto sobre anatomía masculina, salud mental y recursos, presión de grupo y escenarios, pubertad y ciclos menstruales, diversidad/cultura, acoso, relaciones, paternidad, debates sobre el embarazo y la prevención de ITS, etc.

Por la presente doy permiso a mi adolescente para participar en las sesiones de salud para adolescentes Florece/Flourish, Unify o M3 que serán facilitadas por un Educador de Salud Pública del Departamento de Salud Pública del Condado Forsyth. Exonero al Departamento de Salud Pública del Condado de Forsyth, al anfitrión/coordinador del sitio de salud para adolescentes, al personal y a los voluntarios de cualquier responsabilidad como resultado de la participación en las sesiones de salud para adolescentes de Florece/ Flourish, Unificar/Unify, o M3.

_____ Sí, mi estudiante tiene permiso para participar.

_____ No, mi estudiante **NO** tiene permiso para participar.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____



Consentimiento informado del participante adolescente

Como participante de florecer/Flourish, M3 o Unificar/Unify, acepto participar en actividades que fomenten el logro educativo, exploren oportunidades profesionales, desarrollen habilidades para conducir la vida y aprendan estilos de vida saludables. Los temas pueden incluir abstinencia, sexo y sus riesgos y efectos, opciones anticonceptivas, VIH/ETS, comunicación, pubertad, resolución de problemas, establecimiento de metas y temas relacionados. Me reuniré con mi grupo Flourish, M3 o Unify cada dos semanas y participaré en programas adicionales cuando esté programado y en la actividad de fin de año. He leído la declaración anterior y deseo participar en Flourish, M3 o Unify.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Completar y regresar a:

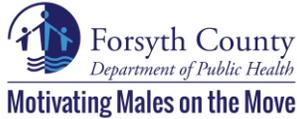
Adolescent Health Coordinator

Au'Shonna Langley, BSPH

langleam@forsyth.cc

Teléfono: 336-703-3180

799 N. Highland Ave Winston-Salem, NC 27101



Formulario de inscripción al programa Flourish, M3 y Unify

Marque el programa en el que está inscribiendo a su adolescente:

Florecer/Flourish (Chicas 9-13) HEM/M3 (Chicos 9-13) Unificar/Unify (Chicas & Chicos 14-18)

Información:

Nombre del adolescente: _____ Nombre que prefiere: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ Escuela/Grado: _____

Pronombres preferidos (círculo): Ella él ellos/ellas/sus

Información de Padres/Tutores:

Nombre legal del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ APTO #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del padre/tutor: Casa: _____ Celular: _____

Dirección electrónica: _____

¿Tenemos permiso para enviarle mensajes de texto y alertas sobre este programa?

Si No (Tenga en cuenta que se pueden aplicar tarifas por mensajes de texto)

Método(s) de Contacto que prefiere: Texto Correo electrónico Llamada telefónica

Contacto de emergencia (si no se puede localizar a los padres):

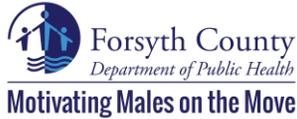
Nombre: _____

Relación al adolescente: _____ # de teléfono: _____

Asistencia de transportación (si/no): llevarlo a sesiones _____ de regreso a casa: _____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia, dieta especial u otras inquietudes que debamos saber? Si es así enumere:

¿Tiene su hijo/a alguna preocupación física, emocional o de comportamiento que debamos saber? Si es así, enumere:



Departamento de Salud Pública del Condado Forsyth

CONSENTIMIENTO Y PERMITIR

El uso de fotografías o grabaciones de audio

Yo, el abajo firmante, autorizo voluntariamente al Departamento de Salud Pública del Condado Forsyth o _____ (parte designada):

Para usar mi nombre o el de mi hijo (marque a continuación si corresponde)

_____ Fotografía (fija, película, cinta de video) o grabación de audio; o

_____ Nombre en todos los medios

Propósito: Incluir, entre otros, la misión de promover la salud o educar al público sobre cuestiones de salud en publicidad, exhibición, noticias, sitios web, audiovisuales, exhibiciones o medios editoriales.

En relación con este formulario de Consentimiento y Liberación, entiendo y acepto que:

- Es mi elección otorgar mi permiso;
- No es una condición del tratamiento; no autoriza el uso ni la divulgación de información de salud protegida que requiera un formulario de consentimiento y divulgación firmado por separado;
- Es estrictamente voluntario, se otorga libremente en todos los aspectos sin compensación, promesas, amenazas o coacción;
- Puedo revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que mi imagen ya haya sido utilizada, reutilizada o divulgada nuevamente;
- Yo (o mi hijo) podemos ser reconocidos por mi semejanza (o la de mi hijo); Renuncio al derecho sobre cualquier artículo creado; y renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado antes de su lanzamiento o publicación;
- Libero y libero completamente al Condado, sus empleados, sus servidores y sus agentes, de todos y cada uno de los reclamos y causas de acción; y me comprometo a no demandar por daños y perjuicios por cualquier supuesta difamación, calumnia, invasión del derecho a la privacidad o cualquier otro reclamo basado en el uso de dicho material.

He leído y entiendo completamente este formulario de Divulgación y Consentimiento establecido anteriormente; y que es vinculante para mí, mis herederos, hijos, pupilos, representantes personales y cualquier otra persona con derecho a actuar en mi nombre.

Nombre del padre (en letra de imprenta): _____

Relación con el niño: _____

Nombre del niño (en letra de imprenta, si corresponde): _____

Firma: _____