



Teen Council

Permiso para Participar

Estimado Padre/Madre o Representante,

Estamos muy contentos de que su hijo(a) ha sido seleccionado(a) para ser un(a) Promotor(a) de Salud (Peer Educator) del Comité de Jóvenes (Teen Council) de Planned Parenthood del Columbia/Willamette. El Teen Council es un programa local que se enfoca en la prevención de embarazos, en el desarrollo de una autoestima sana y en la educación para la comunidad.

El propósito de este programa es enseñar a los adolescentes a resistir la presión de sus compañeros, a tomar decisiones sanas, a sentirse a gusto consigo mismos, y a establecer metas para el futuro. Trabajos de investigación han demostrado que los adolescentes reciben una gran cantidad de información de otros adolescentes. Muchas veces esta información no es precisa. Por lo tanto, nosotros vamos a seleccionar a un grupo de jóvenes con potencial de liderazgo y los vamos a entrenar en temas de sexualidad apropiados para su edad y de manera médicamente precisa. También los participantes van a recibir entrenamiento de liderazgo y de tutoría para jóvenes de su misma edad, de manera que puedan educar a otros en su comunidad y puedan guiarlos hacia la toma de decisiones sanas.

A través de nuestro programa, su hijo(a) será responsable de asistir a los entrenamientos y reuniones semanales durante el año escolar para planificar e implementar actividades educativas. Siendo un(a) Promotor(a) de Salud, su hijo(a) va a ayudar a crear conciencia en la comunidad, potencialmente ayudar a reducir los embarazos en adolescentes, y se va a desarrollar como un(a) valioso(a) líder de su comunidad. Usted se debe sentir muy orgulloso(a) de su hijo(a), por tomar la iniciativa e involucrarse en esta experiencia tan valiosa.

Nosotros le agradecemos por su apoyo y sus comentarios. Nosotros lo mantendremos continuamente informados sobre las actividades y horarios de su hijo(a). Si tiene preguntas, por favor llámenos al al 503-775-4931, ext 2124, o mande un correo electrónico a fanny.gonzalezmc@ppcw.org.

Cordialmente,

Fanny González-McKamey

Coordinadora de Educación para las Familias y los Jóvenes Latinos

Su firma, dando el permiso para que su hijo(a) participe, es necesaria para que podamos procesar la aplicación. Por favor llene la siguiente forma y mande el documento original antes.

Mi Hijo(a) _____ tiene mi permiso para participar en el programa de Teen Council, patrocinado por Planned Parenthood del Columbia/Willamette.

Firma del Padre/Madre o Representante: _____ Fecha: _____

Por favor envíe este documento a la siguiente dirección:
ATTN: Fanny González-McKamey
Planned Parenthood of the Columbia/Willamette
3231 S.E. 50th Avenue
Portland, OR 97206



Teen Council

Información Médica General

Fecha _____		
Nombre _____		
Fecha de Nacimiento _____	Edad _____	
Nombre del Padre /Madre o Representate _____		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Teléfono _____	Número de Teléfono Alternativo _____	
Otro Contacto _____	Teléfono _____	Número de Teléfono Alternativo _____
Nombre del Doctor / Dirección _____		
Teléfono _____		
Hospital _____	Teléfono _____	

PONGA UNA EQUIS (X) O LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO CON LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDA.

¿Tiene el (la) adolescente Seguro de Salud (Aseguranza)? Sí No

En caso afirmativo, Por favor complete la siguiente información:

Seguro _____ Grupo _____ Identificación _____

¿Es el (la) adolescente alérgico(a) a algún medicamento o producto(s)? Sí No

En caso afirmativo: A cuál(es) _____

Reacción: _____

sigue-

¿Es el (la) adolescente alérgico(a) a picaduras de insectos? Sí No

En caso afirmativo, ¿tiene el (la) estudiante un equipo de emergencia para picaduras de insectos?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde lo guarda? _____

¿Cuándo recibió el (la) adolescente su última vacuna contra el Tétano? _____

¿Es el (la) adolescente asmático(a)? Sí No

En caso afirmativo, ¿Dónde guarda el (la) adolescente el inhalador? _____

¿Tiene el (la) adolescente alergias a algún tipo de comida? Sí No

En caso afirmativo, por favor especifique _____

¿Toma el (la) adolescente algún medicamento que requiere la supervisión de un adulto? Sí No

En caso afirmativo, por favor incluya una carta del doctor, dirigida al Programa de Promotores de Planned Parenthood, con las instrucciones.

¿Tiene el (la) adolescente algunas condiciones que le impidan participar en actividades de grupo que requieran actividad física moderada? Sí No

En caso afirmativo, por favor especifique: _____

Como Padre /Madre o Representante, por medio del presente documento autorizo al programa de Teen Council de Planned Parenthood para buscar atención médica para mi hijo(a) en caso de un accidente y/o emergencia quirúrgica. También autorizo al médico tratante para que hospitalice, asegure el tratamiento, ordene inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo(a), cuyo nombre se mencionó anteriormente, de acuerdo con los estándares médicos y experiencia disponibles en ese momento y lugar, sean éstos conocido o desconocidos. (Siempre que sea posible, uno de los padres será contactado).

Firma del Padre/Madre o Representate: _____ Fecha: _____

(Si el Padre o Madre no están disponibles debido a separación permanente del (de la) adolescente, "Representate" es la persona que actúa legalmente como uno de los padres)

Firma de (de la) Promotor(a) de Salud del Teen Council: _____ Fecha: _____



Teen Council

Permiso Para Fotografías Y / O Videos

Ocasionalmente, los programas de Promotores de Salud de Planned Parenthood reciben reconocimiento especial por el excelente trabajo que sus participantes llevan a cabo. Este reconocimiento puede incluir participación en eventos promocionales, artículos periodísticos, anuarios fotográficos, etc.

Antes de tomar fotos o videos, nos gustaría solicitar tu permiso.

Al firmar este documento, concedes tu permiso para ser fotografiado(a), filmado(a) o grabado(a), y autorizas a Planned Parenthood del Columbia Willamette para usar los siguientes documentos:

- Fotografías
- Cintas de video y otras filmaciones
- Grabaciones de cintas de audio (voz)
- Nombre del Promotor
- Otro (especificar) _____

Estos materiales se podrían usar en lo siguiente:

- Programas educativos y promocionales de Planned Parenthood
- Publicaciones de Planned Parenthood
- Página de Internet de Planned Parenthood
- Reportes
- Otros (especificar) _____

Nombre del (de la) promotor(a): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/ Madre o Representate del (de la) Promotor(a) de Salud _____

Firma: _____ Fecha: _____



Teen Council Documento de Permiso para el Transporte

Programa de Promotores de Salud del Comité de Jóvenes de Planned Parenthood del Columbia/
Willamette.

Yo entiendo que mi hijo(a), quien actualmente está participando en el Programa de Promotores de Salud de Planned Parenthood, es responsable por su propio transporte hacia las reuniones y eventos que tengan lugar durante el año que dura el programa. Sin embargo, también estoy de acuerdo en que mi hijo(a), en ocasiones, puede necesitar ser transportado(a) a eventos en la comunidad o actividades del programa por el coordinador, u otro adulto responsable, que esté ayudando con el programa. Por lo tanto, por medio de la presente, doy mi permiso para que mi hijo(a) sea transportado(a) para tales propósitos.

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre, Madre o Representate)

Firma: _____ Fecha: _____
(Participante, si es mayor de 18 años)



Teen Council

Documento de Responsabilidad Civil de Operación de Vehículo

Nombre: _____

Por favor responde a las siguientes preguntas con Sí o No

Sí/No

____ Tengo una licencia de conducir válida.

Estado: ____ No de Licencia: _____ Fecha de Caducidad: _____

____ Yo porto un seguro automovilístico de responsabilidad civil por la cantidad mínima requerida por el estado de Oregon y/o de Washington de \$25,000 por evento y \$50,000 por límite único combinado agregado de responsabilidad, y \$10,000 por daño a la propiedad. Los conductores de Oregon también deben portar Protección contra Daños Personales y Cobertura contra Motoristas sin seguro.

Compañía: _____ Número de Póliza: _____

____ Me comprometo a mantener una licencia de conducir vigente del estado de Oregon o de Washington y por lo menos el seguro mínimo requerido por la ley estatal por la duración de mi participación en el Teen Council.

____ Yo he sido informado y entiendo que mi seguro es el seguro primario que cubre mi vehículo cuando me encuentre realizando actividades relacionadas con el Teen Council de Planned Parenthood del Columbia/Willamette (PPCW). Estas actividades no incluyen el transporte hacia y desde reuniones y eventos ya que éstas se considerarán desplazamiento regular. Yo entiendo que mientras me desplazo de un sitio a otro, PPCW no provee cobertura de seguro automovilístico y que la agencia no será responsable por daños ocasionados en el caso de que un accidente ocurriera. En caso de que yo esté conduciendo entre sitios y eventos patrocinados por PPCW, entiendo que esto se considera conducir durante actividades relacionadas con PPCW y que mi seguro es el seguro primario que cubre mi vehículo.

Firma: _____ Fecha: _____