

Confianza Youth Community Agreement ES

Reconocimiento del Programa Confianza Youth Club

He leído toda la guía de información del programa **Confianza Youth Club**, y ha sido revisada conmigo por mi gerente del programa. Se me ha brindado la oportunidad de hacer cualquier pregunta relacionada con estos materiales para asegurar mi total comprensión. Entiendo la necesidad de cumplir con las reglas.

Entiendo que toda la información y los formularios relacionados estarán disponibles a través del portal de miembros de Confianza Health o solicitándolos a mi gerente o director. Entiendo que soy responsable de leer y cumplir cualquier actualización dentro de los **7 días** posteriores a su publicación. Entiendo que puedo solicitar a mi coordinador de caso aclaración de cualquier información o hacer sugerencias para revisiones.

Asistencia y Conducta

Entiendo que **3 cancelaciones tardías o ausencias (no-shows)** pueden resultar en la terminación de la participación de mi hijo(a) en el programa.

Entiendo que comportamientos **disruptivos, inseguros o agresivos** pueden resultar en la terminación de la participación de mi hijo(a) en el programa.

Entiendo que comportamientos disruptivos, inseguros o agresivos pueden resultar en suspensión inmediata del programa.

Entiendo que después del **tercer incidente** de comportamientos disruptivos, inseguros o agresivos, mi hijo(a) puede ser dado(a) de baja del programa de manera indefinida.

Entiendo que el personal de Confianza Health primero intentará comunicarse conmigo o con mi contacto de emergencia si surgen comportamientos disruptivos, inseguros o agresivos. Si no es posible comunicarse conmigo o con mi contacto de emergencia, el personal puede contactar a las autoridades correspondientes si es necesario.

Recogida, Transporte y Tarifas

Entiendo que el personal de Confianza Health puede contactar a las autoridades correspondientes si no recojo a mi hijo(a) a la hora designada.

Entiendo que si no recojo a mi hijo(a) a la hora establecida, se me puede cobrar una tarifa por cada **15 minutos** posteriores a la hora designada.

Entiendo que si no recojo a mi hijo(a) dentro de **1 hora** después de la hora designada, el personal de Confianza Health estará obligado a contactar a las autoridades correspondientes.

Alimentación

Entiendo que si mi hijo(a) tiene alergias alimentarias o requiere comidas nutricionales específicas, será mi responsabilidad proporcionar dichas comidas.

Reconocimiento Final

Confirmando que he recibido una copia del formulario de Acuerdo Comunitario del Programa Youth Club de Confianza Health.

Initial: * **x** _____

Signature: * **x** _____

Date:

Program Assessment- ES

EVALUACIÓN JUVENIL DE CONFIANZA HEALTH

Confianza Health utiliza nuestra evaluación juvenil para determinar si su hijo(a) cumple con los criterios de nuestro programa. Nuestro programa está diseñado para ayudar a niños y adolescentes de 5 a 17 años a mejorar la socialización, la regulación emocional y las relaciones a lo largo de su vida. El programa juvenil de Confianza se basa en el marco de los 40 activos del desarrollo. Basados en una amplia investigación sobre el desarrollo juvenil, la resiliencia y la prevención, los Developmental Assets® son los 40 apoyos y fortalezas positivas que los jóvenes necesitan para tener éxito. La mitad de los activos son externos y se enfocan en las relaciones y oportunidades que necesitan en sus familias, escuelas y comunidades. La otra mitad son internos y se enfocan en las fortalezas socioemocionales, valores y compromisos que se fomentan en los jóvenes.

Instrucciones: Esta parte de la encuesta está compuesta por cinco secciones. Cada sección contiene una lista de afirmaciones. Por favor, utilice las opciones de respuesta para indicarnos cuánto se parece o no se parece cada afirmación a usted.

Resiliencia Juvenil

1. Aprendo de mis errores *

2. Creo que estare bien incluso cuando cosas malas pasan *

3. Hago un buen trabajo manejando los problemas en mi vida. *

4. Intento cosas nuevas aunque sean difíciles. *

5. Cuando tengo un problema, busco maneras de resolverlo. *

6. No me doy por vencido(a) cuando las cosas se ponen difíciles. *

7. Afronto mis problemas de manera positiva (como pedir ayuda). *

8. Sigo intentando resolver problemas incluso cuando las cosas no salen como quiero. *

9. El fracaso solo me hace esforzarme más. *

10. No importa qué tan malas se pongan las cosas; sé que el futuro será mejor. *

Conexiones Sociales

1. Hay personas en mi vida que me animan a dar lo mejor de mí. *

2. Tengo a alguien con quien puedo compartir mis sentimientos e ideas.

3. Tengo a alguien en mi vida a quien admiro. *

4. Tengo a alguien en mi vida que no me juzga. *

5. Nunca me siento solo(a). *

6. Tengo a alguien con quien puedo contar para recibir ayuda cuando la necesito. *

7. Tengo a alguien que me apoya en desarrollar mis intereses y fortalezas. *

8. Tengo un amigo o familiar con quien pasar tiempo durante días festivos y ocasiones especiales. *

9. Sé con seguridad que alguien realmente se preocupa por mí. *

10. Tengo a alguien en mi vida que está orgulloso(a) de mí. *

11. Hay un familiar adulto que está ahí para mí cuando lo necesito. *

12. Hay un adulto, aparte de un familiar, que está ahí para mí cuando lo necesito. *

13. Tengo amigos que me apoyan durante momentos difíciles. *

14. Nunca siento que nadie me ama. *

15. Mis creencias espirituales o religiosas me dan esperanza cuando suceden cosas malas. *

16. Intento ayudar a otras personas cuando puedo. *

17. Hago cosas para mejorar el mundo, como voluntariado, reciclaje o servicio comunitario. *

Conocimiento del Desarrollo Adolescente

1. Es importante para mí hablar sobre la igualdad y la justicia. *

2. Es importante aprender sobre las culturas de otras personas. *

3. Obtener una educación es importante para mí. *

4. Es importante para mí dar lo mejor de mí. *

5. Estoy orgulloso(a) de mi raza o etnia. *

6. Me gusta aprender cosas nuevas. *

7. Es importante para mí hacer lo correcto. *

8. Puedo admitir cuando he cometido un error o he hecho algo malo. *

9. Me gusto a mí mismo(a). *

10. Puedo explicar las razones de mis opiniones. *

11. Sé qué hacer en caso de una emergencia en casa. *

12. Puedo prepararme una comida por mí mismo(a). *

13. Sé cómo cuidar mi higiene personal. *

Apoyos Concretos

1. Hay personas en mi vida que me animan a dar lo mejor de mí. *

2. Puedo ir al dentista cuando lo necesito. *

3. Normalmente voy al mismo consultorio médico o clínica cuando me enfermo. *

4. Sé cómo obtener ayuda con problemas escolares o laborales. *

5. Sé cómo obtener ayuda con problemas familiares. *

6. Sé cómo obtener ayuda con problemas que tengo con mis compañeros. *

7. Sé cómo obtener ayuda con mis problemas personales. *

8. Puedo defenderme cuando siento que me tratan injustamente. *

9. Puedo comunicarles a las personas lo que necesito. *

10. He aprendido cómo tomar buenas decisiones. *

Competencia Cognitiva y Socioemocional

1. Pienso en mis opciones antes de tomar una decisión. *

2. Pido consejo a alguien en quien confío antes de tomar una decisión importante. *

3. Hago planes y trabajo duro para alcanzar mis metas. *

4. Me llevo bien con diferentes tipos de personas. *

5. No me distraigo fácilmente. *

6. Defiendo lo que creo aunque otras personas no estén de acuerdo conmigo. *

7. Si hago una promesa, trato de cumplirla. *

8. Me preocupo por otras personas. *

9. Soy una persona honesta. *

10. Puedo controlar mi enojo. *

11. Soy una persona confiable. *

12. Sé cómo actuar en diferentes situaciones sociales. *

13. Trato de imaginar cómo podría sentirse alguien antes de criticarlo. *

14. Me siento mal cuando las personas que conozco están molestas. *

15. Puedo expresar mis sentimientos de manera saludable hacia otras personas. *

16. Estoy feliz la mayor parte del tiempo. *

Person signing document *

Signature: * **x** _____

Date:

Activity Liability Waiver and Release Agreement ES

Declaración de Autoridad Legal, Renuncia y Exención de Responsabilidad

Declaro que **tengo la autoridad legal para otorgar esta renuncia y exención de responsabilidad**. Ejecuto la presente Renuncia y Exención en nombre y representación del menor aquí identificado.

Renuncio tanto a mis derechos como a los derechos del menor para presentar cualquier reclamación o demanda contra **Confianza Health** o sus empleados, derivada del uso por parte del menor de las instalaciones, equipos y/o de su participación en cualquier actividad patrocinada por Confianza Health.

Nombre del acudiente/Guardian : *

Contacto de emergencia: *

Nombre de la persona la cual puede llevarselo: *

Por favor, enumere todos los medicamentos que el/la menor participante está tomando actualmente, incluyendo el nombre, la dosis y la vía de administración. Nota: El personal de Confianza Health no administra medicamentos. Sin embargo, puede estar disponible asistencia para la auto-administración de medicamentos. (Escriba NINGUNO si no hay indicaciones de medicación.) *

Alergias: *

Por favor seleccione cada caja si esta de acuerdo con: *

- ☐ Entiendo que soy responsable de recoger a mi hijo(a) a la hora designada.
- ☐ Entiendo que puedo ser cobrado(a) un cargo adicional si no recojo a mi hijo(a) a la hora designada.
- ☐ Entiendo que, si el personal de Confianza Health no puede comunicarse conmigo por cualquier motivo, el personal está obligado a contactar a las autoridades correspondientes.
- ☐ Entiendo que debo registrar la entrada y la salida de mi hijo(a) del programa.

Por favor seleccione cada caja si esta de acuerdo con: *

- ☐ Entiendo que yo seré la persona que recogerá o dejará a mi hijo(a) en el programa.
- ☐ Solicito que Confianza Health recoja o deje a mi hijo(a) en mi domicilio.
- ☐ Autorizo al miembro a transportarse por sí mismo(a) hacia o desde las actividades relacionadas con el programa.

Initial: * x

Signature: * x

Date: