



FORMULARIO DE PERMISO Y CONSENTIMIENTO DE SALUD

FOR AREA DIRECTORS

Area # _____
 Area Name _____
 Trip Leader/Area Dir. _____
 School Name _____
 Camp Dates _____
 Camper Leader A-Team
 Summer Staff Work Crew

Toda información en este documento está protegida por las leyes de privacidad HIPPA y debe ser manejada debidamente.

Nota para Padres de Familia/Guardián Legal/Invitado: Acá en Young Life deseamos que asistir a los campamentos sea una experiencia segura y saludable. Sin embargo, en caso de que ocurra un accidente o enfermedad, es importante que tengamos la siguiente información:

1. Historial Médico;
2. Información de Seguro Médico; y
3. Prueba de examen físico, verificado por medio de la firma del doctor, esto lo requerimos para TODAS LAS adolescencias que atienden Beyond Malibu o campos situados en el Colorado o Minnesota (Crooked Creek, Frontier Ranch, Trail West, Wilderness Ranch, or Castaway).
4. Adolescentes embarazadas y posteriores a la entrega: Adolescentes embarazadas hasta las 34 semanas y las madres adolescentes de 6 a 12 semanas después de la entrega en la fecha del campamento deben tener el permiso de un médico. Las mamás adolescentes de menos de 6 semanas después de la entrega en la fecha del campamento no pueden atender al campamento. Las adolescentes embarazadas de más de 34 semanas a término no se les permiten participar en el campamento. Las adolescentes embarazadas de más de 30 semanas no podrán atender a Washington Family Ranch, Beyond Malibu, Wilderness Ranch, o campamentos remotos de alquiler.

Por favor saque una copia de este documento para sus expedientes. No podemos enviar copias por correo o por fax.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Género _____ Edad _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial de Segundo Nombre _____
 Padre/Madre de Familia o Guardián Legal (o cónyuge) _____ Teléfono Celular (____) _____
 Dirección del Hogar _____ Teléfono del Hogar (____) _____
 Dirección de la Calle _____ Ciudad _____ Provincia/Estado _____ Código Postal _____
 Dirección del Negoci _____ Número de Teléfono (____) _____
 Dirección de la Calle _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal _____
 Número de Contacto de Emergencia del Segundo Padre/Madre de Familia o Guardián Legal _____
 Dirección del Hogar _____ Teléfono del Hogar (____) _____
 Dirección de la Calle _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal _____
 Dirección del Negocio _____ Número de Teléfono (____) _____
 Dirección de la Calle _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal _____
 Si esta persona no está disponible en caso de emergencia, por favor avisar a: Nombre _____
 Dirección del Hogar _____ Teléfono del Hogar (____) _____
 Dirección de la Calle _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal _____

COBERTURA EN CASO DE ACCIDENTE

Comprendo que mi seguro personal servirá de cobertura principal en caso de accidente en el campamento y que el seguro de Young Life es secundario hasta un máximo de \$20,000 (\$4,000 por reclamos dentales). Excepción: si el reclamo total es menos de \$250, Young Life pagará la cifra total. Para reclamos de más de \$250, Young Life coordinará los pagos para deducibles y co-pagos. La política de Young Life no cubre enfermedades sufridas en los campamentos. Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con El Seguro y Beneficios de Young Life al (719) 381-1950.

Nombre de mi Compañía de Seguro _____ Número de Póliza _____

Dirección de la Compañía de Seguros _____

No tiene seguro de momento - Young Life se reserva el derecho de subrogación si después se determina que la persona si tenía seguro.

Proporcione la información del seguro

Recomendaciones de Salud: La firma de un médico debe estar en archivo en la época del registro por las adolescencias que atienden Beyond Malibu, o los campos situados en el Colorado o Minnesota, o hasta 34 semanas adolescentes embarazadas o que da a luz adolescente 12 semanas antes del campo (véase arriba).

Un padre puede terminar las recomendaciones siguientes del cuidado médico si estas condiciones no se aplican.

1. ¿ El solicitante tiene una condición médica como la de anemia de células o respiratoria o enfermedad o condición que impida la participación en los campamentos con una altitud de 7-14,000 pies? sí no
2. En mi opinión, la aplicante se encuentra en una condición médica que sí no la excluye de participar en un programa de campamento activo.
3. El solicitante esta autorizado a llevar un inhalador, Epi Pen y otros medicamentos de emergencia con ellos a todo momento? sí no

Altura _____ Peso _____ Presión Sanguínea _____

He examinado a la solicitante en los últimos 12 meses. Fecha de examen físico _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____ Anote Nombre Completo _____

Dirección _____ Número de Teléfono (____) _____

Dirección de la Calle _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal _____

Fecha en que se llenó el formulario _____ *Por _____ (*Anote inicial si lo completó una enfermera o asistente médico)

Firme aquí

La solicitante se encuentra bajo el cuidado de un médico por las siguientes condiciones médicas _____

Algún medicamento o tipo de tratamiento que deba tomar mientras esté en el campamento (dosis especifica por favor) _____

Enfermedad crónica o recurrente o condición médica (incluyendo las condiciones de comportamiento), las operaciones o lesiones graves (las fechas) _____

Explique cualquier caso en que la persona ha perdido la consciencia, ha convulsionado o sufrido de conmociones cerebrales (lesiones o golpes en la cabeza) _____

Alguna alergia (a comida, medicamentos, plantas, insectos) _____

Información Médica adicional/Actividades que se deben limitar _____

¿Hay alguna actividad la cual los padres de familia/guardián legal prefieren que la solicitante no participe? (Campamentos en Colorado y Arizona practican actividades fuertes a elevaciones desde los 7-14,000 pies) _____

Nombre del Doctor de Cabecera (si atendiendo a un campamento fuera de CO & MN) _____

Nombre del dentista/ortodontista _____

				HISTORIAL DE SALUD (De fechas aproximadas)		
DPT:	Difteria Tos Ferina Tétano	1 2 3	1 2 3	_____ Infeciones en Oído Frecuentes	_____ Varicela _____ Sarampión _____ Paperas	_____ Otros tipos De Rubéola Epilepsia
TD:	Tétano Difteria			_____ Defecto en el Corazón/ Enfermedad del Corazón	_____ Hepatitis A _____ Hepatitis B _____ Hepatitis C	_____ Mononucleosis _____ Convulsiones _____ Anemia de células
	Polio Oral (Sabin) TOPV			_____ Sangrados/ Trastornos de Coagulación	Alergias (No necesitamos las fechas)	
	Polio Inyectable (SALK)			_____ Hipertensión	_____ Fiebre del Heno	
	MMR I & II (Sarampión, Paperas, Rubéola)			_____ Actualmente embarazado	_____ Hiedra Venenosa, etc.	
	Otras			_____ ha entregado a bebé en último 12 semanas	_____ Picaduras de Insectos	
	Examen Tuberculínico dado el ____ (más reciente)				_____ Penicilina	
	Haemophilus Influenza b (HIB)				_____ Otros Medicamentos	
	Hepatitis B				_____ Asma	
	Varicela (Campamentos en New York solamente)				_____ Otras (especifique)	

ARREGLOS DE TRANSPORTE ALTERNATIVO

Las siguientes personas se les permite recoger a mi hijo desde el campamento _____

Las siguientes personas no están autorizadas a recoger a mi hijo desde el campamento _____

Firma del padre/madre de familia/guardián legal o adulto participante del campamento _____

◀ Firme aquí

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

Este historial médico es correcto a mi leal saber y entender, y la persona acá mencionada tiene permiso de practicar todas las actividades de campamento, con excepción de las que han sido anotadas. Por medio de la presente doy permiso para que el personal médico seleccionado por el director del campamento solicite rayos X, exámenes de rutina, tratamiento, para mantener o compartir cualquier expediente médico que sean necesarios por propósitos de seguro médico, como ha sido especificado bajo las regulaciones HIPAA; y para brindar o arreglar cualquier tipo de transporte relacionado para mí o para mi hija. En caso de emergencia, doy permiso y autorizo a que el médico seleccionado por Young Life le de tratamiento médico de emergencia a mi hija. Incluyendo hospitalización y cualquier otro procedimiento de emergencia que sea necesario para la persona mencionada aquí. Yo autorizo al doctor o dentista para que me llamen si necesitan más información sobre la paciente. Entiendo que estoy dando este permiso antes de cualquier diagnóstico o tratamiento requerido, y doy este permiso para asegurarme de que las personas que estarán encargadas de la menor, y el doctor o dentista puedan practicar su conocimiento en lo que se refiere a los requisitos de tal diagnóstico o tratamiento médico, dental o quirúrgico.

Firma del padre/madre de familia/guardián legal o adulto participante del campamento _____

◀ Firme aquí

Estoy de acuerdo en que yo tengo la responsabilidad completa del pago de cualquier hospital, doctor, ambulancia, pagos médicos o dentales con la excepción de la Cobertura de Accidentes como se ha explicado anteriormente. También estoy de acuerdo en dar permiso y autorización, Young Life no asume ninguna responsabilidad por el pago del hospital, doctor, ambulancia, pagos médicos o dentales u otros pagos médicos que se deban. Los formularios completos se pueden fotocopiar y el personal autorizado los guardará para viajes fuera del campamento.

Firma del padre/madre de familia/guardián legal o adulto participante del campamento _____

Fecha _____

◀ Firme aquí

Campero puede llevar medicamentos de emergencia y usarlos de la manera indicada _____

Fecha _____

Firma del padre/madre de familia/guardián legal o adulto participante del campamento _____

◀ Firme aquí

**He recibido, revisado y acordado al permiso de compartir cualquier información médica según las "Prácticas de Privacidad de Young Life. Copias adicionales en www.younglife.org.*

Firma del padre/madre de familia/guardián legal o participante adulto del campamento _____

Reconocimiento de Riesgos Inherentes

Estoy consciente de que, y entiendo que existen riesgos inherentes asociados como muchas actividades realizadas en los campamentos. Asumiré el riesgo asociado con los campamentos, ya sean conocidos o desconocidos para mí en este momento. Reconozco que cuando yo asista al campamento de YOUNG LIFE esto se considera un privilegio y como consideración a este privilegio, yo libero a YOUNG LIFE, incluyendo a sus empleados, agentes y miembros de su consejo, de cualquier responsabilidad por lesiones accidentales físicas que yo sufra, incluyendo muerte o enfermedad o pérdida de propiedad privada mientras esté en el campamento o durante el viaje de ida y venida dado por YoungLife. Este reconocimiento de responsabilidades también incluye todos los reclamos hechos por mi familia, estado, herederos, representantes personales o personas asignadas.

Iniciales de Padres de Familia, Guardián Legal o Adulto Participante _____

◀ INICIAL

BAJO LA LEY DE COLORADO, UN PROFESIONAL EQUINO NO ES RESPONSABLE POR CUALQUIER LESIÓN O MUERTE DE ALGÚN PARTICIPANTE EN ACTIVIDADES ECUESTRES QUE RESULTEN DE RIESGOS INHERENTES DE ACTIVIDADES ECUESTRES, DE ACUERDO A LA SECCIÓN 13-21-119, ESTATUTOS OFICIALES DE COLORADO.

BAJO LAS LEYES DE ARIZONA, UN PERMISO FIRMADO RECONOCE QUE LA PERSONA ES CONSCIENTE DE LOS RIESGOS INHERENTES ASOCIADOS CON ACTIVIDADES ECUESTRES, ESTÁ DISPUESTO Y CAPAZ PARA ACEPTAR LAS RESPONSABILIDADES COMPLETAS PARA SU PROPIA SEGURIDAD PÚBLICA Y BIENESTAR Y REVELA EL DUEÑO O AGENTE EQUINO DE LA RESPONSABILIDAD A MENOS QUE EL DUEÑO EQUINO O AGENTE ES GRAVEMENTE NEGLIGENTE O COMETA ACTOS INTENCIONADOS, INJUSTIFICADO O INTENCIONALES U OMISIONES.

Renuncia y Permiso

Si soy menor de 18 años, mis padres o guardián legal, al firmar a continuación, también reconocen mi renuncia sobre reconocimiento de riesgos inherentes y acuerdan que esta renuncia de responsabilidad para YoungLife está autorizada por mis padres o guardián con respecto a mí, mi estado, mis herederos, representantes personales y personas asignadas. Mis padres de familia o guardianes también prometen al firmar aquí, defender, indemnizar y no acusar a YoungLife por cualquier reclamo que yo presente en contra de Young Life, incluyendo sus agentes, empleados y miembros, en caso de que yo actúe contra este reconocimiento después de convertirme en adulto.

Permiso de Fotografía

Doy permiso a Young Life de usar, reproducir y/o distribuir fotografías, películas, cassettes de video y grabaciones de sonido de mi hijo(a), sin esperar remuneración económica o derechos de aprobación, para usar en materiales creados para propósitos de promover las actividades de Young Life.

Firma de padre/madre de familia/guardián legal o participante adulto _____

◀ Firme aquí

También entiendo y estoy de acuerdo en seguir las restricciones de las actividades de mi campamento como se han explicado antes.

Firma del menor o participante adulto _____ Fecha _____

◀ Firme aquí

(Si el participante ha sido emancipado, favor de traer pruebas antes de ir al campamento.)



AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Young Life está comprometido a proteger su información médica personal. La información médica personal puede incluir documentos tales como formularios de consentimiento médico, información sobre sus antecedentes médicos, etc. La ley requiere que se le proporcione este aviso sobre la protección de su información médica. Este aviso le notifica cuáles son sus derechos y cómo Young Life utiliza y divulga su información médica.

Sus derechos sobre su información médica

Usted tiene ciertos derechos referentes a la información médica que Young Life tiene sobre usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una limitación de ciertos usos y divulgaciones de su información médica; sin embargo, no se requiere que Young Life apruebe su solicitud.
- Solicitar que Young Life le notifique su información médica de una manera o en un lugar que le ayude a conservar la confidencialidad de esta información.
- Recibir una lista de las divulgaciones de su información médica que Young Life haya hecho.
- Retirar su autorización, por escrito y en cualquier momento, para que Young Life divulgue su información médica, excepto la información que Young Life ya haya divulgado antes de que usted suspendiera su autorización.
- Pedir a Young Life que modifique su información médica si usted cree que es incorrecta o que está incompleta. Young Life puede denegar su solicitud y, si lo hace, le dará la razón o razones por las cuales denegó la solicitud.
- Recibir una copia impresa o electrónica de este Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad si la solicita.

Si desea recibir una explicación más detallada de estos derechos, o si desea ejercer uno de estos derechos, comuníquese con:

The Young Life Benefits Department
Attention: Privacy Official
420 North Cascade Avenue
Colorado Springs, CO 80903
(719) 381-1800

NO ENVIAR LAS FORMAS DE SALUD A ESTA DIRECCIÓN. MANDE LOS FORMULARIOS DE SALUD A SU OFICINA LOCAL JOVEN VIDA. Cómo Young Life puede usar o divulgar su información médica

La ley permite que Young Life use o divulgue su información médica para los siguientes propósitos:

Tratamiento - Young Life puede usar y divulgar su información médica con el fin de ayudarle a recibir tratamiento y servicios médicos.

Ejemplo: Young Life puede usar la información sobre sus antecedentes médicos para asegurarse de que usted reciba una atención médica adecuada en el caso de que se lesione.

Pago - Young Life puede usar y divulgar su información médica para pagar su tratamiento y servicios médicos.

Ejemplo: Su médico puede enviar a Young Life una reclamación por servicios médicos. La reclamación puede contener información que le identifique, su diagnóstico y el tratamiento o suministros que usted haya recibido.

Operaciones de atención médica - Young Life puede usar y divulgar su información médica a auditores internos.

Ejemplo: Su información médica se puede divulgar al personal médico o al personal de mejoramiento de la calidad para que revisen la efectividad de la atención médica que usted recibió.

Requerimientos de la ley - Young Life puede usar y divulgar su información médica cuando la ley así lo requiera.

Ejemplo: Young Life puede divulgar información para los siguientes propósitos:



- Responder a las solicitudes apropiadas de su información médica presentadas por un tribunal o por otra agencia legal.
- Reportar información de interés para la salud pública, como el reporte de víctimas de maltrato, negligencia o violencia doméstica, o para informar a la Administración de Alimentos y Fármacos problemas con productos o reacciones a medicamentos.
- Reportar información de interés para la salud pública, por ejemplo para prevenir la diseminación de una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona en particular o al público en general.
- Asistir a los oficiales de ejecución de la ley, como la policía, en el desempeño de sus actividades de ejecución de la ley.
- Permitir que los directores de funerarias, examinadores médicos o médicos forenses realicen sus actividades legales, tales como la preparación de un certificado de defunción para el estado.
- Cumplir con las leyes y reglamentos relacionados con el Seguro Obrero.
- Permitir que otras agencias del gobierno le proporcionen beneficios y servicios.

Actividades de supervisión de la atención médica- Young Life puede divulgar su información médica a las agencias de salud del gobierno por razones de supervisión de la atención médica, tales como auditorías de programas o revisiones de licencias.

Funciones especiales del gobierno – Las “Funciones especiales del gobierno” tales como la protección de funcionarios públicos o la presentación de informes a varias ramas de los servicios armados, pueden requerir el uso o la divulgación de su información médica.

Obligaciones de Young Life

Young Life requiere:

- Mantener la confidencialidad de su información médica protegida.
- Proporcionarle este Aviso de sus obligaciones legales y prácticas de confidencialidad referentes a su información médica.
- Obtener su autorización por escrito para el uso o divulgación de su información médica por razones diferentes a las indicadas en este Aviso y permitidas por la ley.
- Acatar los términos de este Aviso que actualmente se encuentran vigentes.
- Notificarle si Young Life puede aceptar una limitación solicitada sobre cómo se usa o divulga de su información.
- Permitir solicitudes razonables que usted pueda hacer para que le notifiquen su información médica de una manera o en un lugar que le ayude a conservar la confidencialidad de esta información.

Young Life se reserva el derecho de modificar sus prácticas de información. Las nuevas disposiciones entrarán en vigencia para toda la información médica protegida que el Plan de Beneficios Young Life mantiene. Los avisos revisados se podrán a su disposición cuando llame a la oficina administrativa de las instalaciones a las que acuda.

Si tiene alguna queja respecto a este Aviso sobre las Prácticas de Confidencialidad o respecto a cómo Young Life maneja su información médica, o si de otra manera considera que Young Life ha violado sus derechos de confidencialidad, debe dirigir su queja a:

The Young Life Benefits Department
Attention: Privacy Official
420 North Cascade Avenue
Colorado Springs, CO 80903
(719) 381-1800

Si no queda satisfecho con la manera en que Young Life maneja una queja, puede presentar una queja formal ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en Washington, D.C.

Si usted presenta una queja, no sufrirá represalias por parte de Young Life.