

# China Spring Youth Camp

## Paquete de Admisión

ESTA SECCIÓN DEBE SER PROPORCIONADO A LOS

**PADRES/TUTORES LEGALES**



Hemos sido informados que su hijo(a) fue cometido a China Spring Youth Camp. En el esfuerzo para facilitar el proceso de admisión, estamos solicitando que los siguientes documentos sean completados y dado a el oficial de libertad condicional correcta (JPO) de su hijo(a) antes de la llegada de su hijo(a) a el Campamento.

Entendemos que esta puede ser la primera vez que su hijo(a) será fuera de casa por un extendido periodo de tiempo. Debido a esto, entendemos que usted tendra muchas dudas o preocupaciones sobre lo que hacemos aqui en China Spring. Antes de preguntar por información detallada sobre su hijo(a), dejamos tomar un momento en explicar que tipo de programa somos aqui en, China Spring y lo que usted y su hijo(a) puede esperar.

China Spring es una colocación minima de seis meses. China Spring esta dedicado a ayudar a los delincuentes de nivel medio entre las edades de 12 a 18 desarrollar habilidades, conocimiento, y experiencia a promover salud y resiliencia, detener la progression de problemas causado por comportamiento delincuente y interpretar y evitar comportamientos de alto riesgo en un emocionalmente seguro, aliviado, desafiante y ambiente crianza.

No hay bares en nuestras ventanas o seguros en las puertas. Si tenemos alarmas y politicas de seguridad, pero nuestro filosofia es uno de honor, confianza y responsabilidad. Estamos dedicados en ayudar a su hijo(a) definirse a si mismos y sus propias valores mientras que proporcionamos el menos restrictivo ambiente. Proporcionamos estructura y programas que ayudan a su hijo(a) volverse un miembro productivo de su familia y la comunidad.

El personal estas disponible a asistir con su hijo(a) en varias capacidades. El Administrador de Casos es la persona quien es responsable por la coordinación de tratamiento de su hijo(a). Su hijo(a) va ser asignado un Administrador de Casos cuando llegan al campamento. El Administrador de Casos es la persona con quien va tener la mayoría de contacto. Los Administradores de Casos y el personal tienen un asunto por el bienestar de su hijo(a), pero bajo ninguna circunstancia aceptarán comportamiento inapropiado. Su trabajo es enseñarle a su hijo(a) a convertirse a una persona mas responsable. Ellos esperan que su hijo(a) actua con responsabilidad y no aceptarán excusas por el comportamiento irresponsable.

La siguiente es una lista de servicios y programas previsto por el campamento:

### Servicios Medicos

Su hijo(a) va recibir atención médica y dental considerará sus hijos(as) mejores intereses y dirigida por nuestra enfermera de la instalación y/o doctor. En todos casos nosotros/doctor le facturará por el servicio del doctor o medicación prescrita. Si en cualquier momento su hijo(a) se siente enfermo(a) el/ella va a tener la capacidad de notificar un miembro de personal. Ellos inmediatamente van a ayudar a su hijo(a) con problemas menores y iniciar una remisión a la enfermera de la instalación. La enfermera maneja peticiones médicas menores dos veces a la semana. En el evento su hijo(a) necesita atención mas grave, lo referiremos a él Doctor Medico de la instalación. En todos casos donde a una referencia a un Doctor Medico, usted va ser notificado y si no es emergencia se le pide que usted transporte su hijo(a) a un doctor de su seleccion. Si su hijo(a) esta en el etape de orientación, no los puede transportar hasta que estan en el programa por mas tiempo y la instalacion los transportaran a un Doctor local. En una emergencia que usted no esta fisicamente capaz de transportar a su hijo(a) a un medico de su selección, la instalación puede proporcionar el transporte. Es por este razon la hoja de información médica adjunta debe ser llenada en totalidad. Por favor tenga en cuenta Medicaid no cubre cualquier gasto medico. Cualesquiera facturas médicas acumulados seran su responsabilidad a pagar en su totalidad. Recetas serán llenados en la farmacia que el campamento escoje.

### Servicios psicológicos/ psiquiátricos

Su hijo(a) tendra la oportunidad de reunirse con la Psicóloga. Tenemos servicios Psicológicos para grupos y terapia individual y terapias familiares. Tambien tenemos servicios psiquiátricos si es necesario. Nos comunicaremos con los padres/tutores y los departamentos de libertad condicionales por estos servicios.

### Programa Educativo

Se requerirá que su hijo(a) participe en el programa educativo como parte de su plan de tratamiento. El programa educativo es operado por Douglas County School District por Jacobsen High School. Creditos que su hijo(a) obtiene serán transferibles a la escuela que el/ella atende despues de salir de el campamento. Metas educativas serán desarrollados por el personal de Jacobsen High School con la entrada de el Administrador de Casos. Su hijo(a) tomara un examen de colocación a la llegada de el Instalacion. Este examen junto con una revisión de historia de la escuela pasado, en terminar una intrevista personal con su hijo(a), y la entrada de usted y su hijo(a), se utilizará a formular un plan educativo mas apropiado.

### **Programa Desierto**

Su hijo(a) puede estar implicado en el programa desierto. La Programa Desierto incluye actividades como excursionismo, campamento, pescar, canotaje, la construcción de senderos, raquetas de nieve, y esquí de fondo.

### **Sistema de Desarrollo de la Juventud**

El programa básico de la instalacion se llama “La Sistema de Desarrollo de la Juventud” y es basado sobre principios psicossocial de crecimiento en la adolescencia. La Sistema de Desarrollo de la Juventud esta diseñado para ayudar a su hijo(a) aprender, crecer, y experimentar con progreso. Como tal, La Sistema de Desarrollo de la Juventud está dirigida a lograr cambios positivos en la actitud de su hijo(a), valores, proceso de pensamiento, tanto como comportamiento.

China Spring Youth Camp utiliza una Sistema por dar seguimiento al proceso de su hijo(a) durante el programa. La Sistema de Desarrollo de La Juventud divide el programa en cuatro etapas. Las etapas estan diseñado para proporcionar la estructura, dirección, apoyo, y realimentación sobre el comportamiento y progreso de su hijo(a) en el programa. Está designado para conceder las responsabilidades y privilegios, mantener y incrementar autoestima como su hijo(a) progresa mediante el programa y hacia a su eventual regreso a la comunidad.

#### **Etapa de Orientación**

Esta etapa tambien esta conocido como el principiante as the “Reacio Principiante” se espera que su hijo(a) permeanecerá en esta etapa por aproximadamente 30 a 45 dias. Esta etapa es para ayudar a su hijo(a) ajustar a la rutina del programa, presétense con el personal y los otros residentes, y sentir se como parte de China Spring Youth Camp. Tras la finalización de la etapa de orientación, su hijo(a) va saber las expectativas del programa lo suficientemente bien para funcionar de forma independiente y ser motivado(a) para alcanzar mayores niveles de responsabilidades en el programa.

Es importante saber mientras su hijo(a) esta en el Etapa de Orientación que no va tener ninguna forma de comunicación por teléfono o visitas hasta que el/ella esta han estado aqui por 30 dias. Sin embargo, su hijo(a) es alentado a escribir letras a familia y si pueden recibir letras tan pronto como el dia que llegan a la instalación.

#### **Etapa de Ajuste**

Residentes en esta etapa se conocen como “estudiantes entusiastas”. Su hijo(a) va tomar la mayor parte de su tiempo en esta etapa. La mayoría de las programas individualizados y contratos van estar desarrollados y consumada medida a como su hijo(a) trabaja hacia más sus responsabilidades, privilegios y progreso a la siguiente etapa. Su hijo(a) tambien va recibir un plan de tratamiento, escrito por el Administrador de Casos, que abordará conductual y cognitivos problemas pasados.

Se espera que su hijo(a) hará bien en tiempos y tener problemas en otros tiempos. Es de está problema de identificación que su hijo(a) se dará cuenta de su comportamiento y comunicación que puede haber contribuido a el compromise de su hijo(a). Su hijo(a) desarrollará y alcanzará sus propios metas para resolver y enfoque en situaciones problemáticas. En todos tiempos su hijo(a) se espera ser explicable por sus elecciones y acciones.

#### **Etapa de Transición**

Residentes en esta etapa actuan como “ejecutantes cautelosos.” Cuando su hijo(a) esta trabajando demostrando comportamiento independientey trabajando hacia logrando metas personales, demostrando comportamiento responsable y consistente, esta motivado y es una influencia positive, el/ella luego será concedida a la etapa de transicion.

La etapa de transición esta diseñado para dar le mas responsabilidad y una oportunidad para demostrar su capacidad para funcionar en la instalacion y la comunidad con éxito. Su hijo(a) va continuar a trabajar en contratos, y indentificando áreas en que han causado conflict en la vida de su hijo(a). Especiales énfasis serán colocados en las interacciones familiares. En la Etapa de Transición, su hijo(a) va empezar reintegración de regreso a su casa. Su hijo(a) será permitido a regresar a su casa cada dos semanas y tener solamente un limite de contacto con amigos(as).

### **Etapa de Honor**

La etapa de honor esta diseñado para ayudar a su hijo(a) separarse de la instalacion. Por tanto, su hijo(a) va gastar su tiempo concentrándose en regresar con la familia y comunidad y dejando el grupo. Durante esta etapa se espera que su hijo(a) actua como un “Intérprete competente y comprometido.” Su hijo(a) tambien va sere legible a regresar a su casa cada fin de semana y tener contacto limitado con amigos(as).

### **Contrabando**

Su hijo(a) no puede estar en posesión de cualquier articulo que no esta especificamente enumerado en el paquete de lista pertenecias requerido. Entendemos que puede haber ocasiones que quiere traer o mandar “golosinas” o regalos a su hijo(a), pero su hijo(a) no se permitiràn. Administración o consejeros le dará instrucciones especiales que debe de seguir durante las vacaciones. Excepciones no se hacen por cumpleaños o otras ocasiones. Su hijo(a) no puede cargar o tener posesion de dinero, comida, chicle, o otro articulo que no sea permitido por la administracion de la instalacion.

### **Visitas**

Durante el tiempo que su hijo(a) permanece en la instalacion, usted va tener participación activa en el programa de tratamiento de su hijo(a). Como tal, privilegios de visita son ofrecidos de una manera coherente con el comportamiento y progreso de su hijo(a) en su plan de tratamiento. Visitas de familia en la instalacion son limitados a padres, abuelos, y/o tutores solamente. Visitas son los lunes, el administrador de casos le informara de las horas disponibles.

Excepciones para las directrices de visita son rara veces concedido y seran pedido a el Administrador de Casos. Su hijo(a) puede recibir una llamada si el/ella no podia recibir una visita. Puede hablar lunes a viernes entre las 2:30 p.m. – 8:30 p.m. Por favor consulta el horario diario en esta letra por una idea en el mejor tiempo de hablar con su hijo(a). Debido a la demanda de recursos, la llamada vas ser limitado a diez minutos. Como en visitas, su hijo(a) solamente puede hablar con padres, abuelos, o tutores. Llamadas no son permitidos durante las horas de escuela. Llamadas tefónicas salientes no se hacen para contactos semanales a menos que sean circunstancias extremas.

### **Clase de sistemas familiares/ Participación de la familia (Parent Project)**

Su hijo(a) va recibir mucho asistencia en muchas cuestiones durante su tiempo en la instalacion; uno de estas cuestiones es la reintegración a la familia. Es nuestro deseo sincero hacer esta transición lo más suave posible. Una de las etapas que hemos tomado en asistir el regreso de su hijo(a) es proporcionar Gestión de Casos Especificos. Gestión de casos especificos enfoca en la participación de los padres en los recursos disponibles en la comunidad, enfoca en aspectos del tratamiento del residente relacionado con la familia. Tambien ofrecemos una clase para la familia para ayudar a su hijo(a) y a su familia en regresar a su casa/comunidad.

La Programa “Parent Project” es designada para empoderar Padres y transformer adolescentes.

- o *Aprende como no discutir mas con su hijo(a) otra ves*
- o *Prevenga o intrevenga en el uso de alcohol o drogas*
- o *Mejorar la asistencia y el rendimiento escolar*
- o *Encuentre recursos para ayudar su familia*

Esta clase es una serie de 10 semanas, ofrecido durante todo el año. Las fechas variarán; comuniquese con un Administrador de casos 775-265-5350.

### **Correo**

Se permitirá a su hijo(a) corresponder con padres/tutores, miembros de la familia, abogados, y agentes de la libertad vigilada. La lista sugerida no es incluida y puede consistir individuos que tienen una influencia positiva a su hijo(a).

Si tienen preguntas o inquietudes, por favor no duden en llamar la intalacion. Sus preguntas o inquietudes seran directados a la persona que le puede ayudar con su pregunta.

Sinceramente,



Wendy C. Garrison, Directora

(Por favor mantenga esta carta por su referencia)



**HORARIO DIARIO**

El seguimiento es un ejemplo de el horario que su hijo(a) va seguir:

Despertarse		5:00 a.m.
Desayuno		5:30 a.m. a 6:30 a.m.
Limpiar (Dormitorio y Cocina)/Grupo Asesoramiento		6:30 a.m. a 7:15 a.m.
Escuela empieza		7:30 a.m. a 11:40 a.m.
Almuerzo/quehaceres		12:00 p.m. a 1:30 p.m.
Resume de Escuela		1:30 p.m. a 2:30 p.m.
Asesoramiento/Detalle del Trabajo/Tiempo de reflexión		2:30 p.m. a 4:30 p.m.
Cena		4:30 p.m. a 6:00 p.m.
Hora de estudio/Programas/asespramiento		6:00 p.m. a 7:00 p.m.
duchas/programas/quehaceres		7:00 p.m. a 8:00 p.m.
Escritura de Cartas/Grupo y Individual Asesoramiento		8:00 p.m. a 9:00 p.m.
Apagar las luces/ hora de dormir		9:00 p.m.

**REGLAS DE VISITA**

Por favor recuerde este es un ambiente controlado y las reglas son necesarias por un instalacion segura.

- 1 Identificación fotográfica es requerido a la llegada.
- 2 Visitas son los Lunes para las dos instalaciones, el Administrador de Casos le informara de las horas disponibles.
- 3 Padres/Abuelos/Tutores, SOLAMENTE, se permiten a visitar.
- 4 Cualquier visitante bajo la influencia de un product tóxico no se les permitirá en la propiedad de la facilidad. La policia local será notificado.
- 5 TODOS visitants y vehiculos estan sujetos a revisión.
- 6 Los visitants no autorizados no están permitidos en terrenos de la instalación.
- 7 Visitantes deben estacionarse en la zona de estacionamiento designado.
- 8 Todos visitantes se reportarán a el dormitorio.
- 9 Visitantes no pueden dar nada directamente a el residente. Si tiene algo para el residente, se le debe dar al personal inmediatamente de la llegada.
- 10 Lo siguiente NO SE PERMITE bajo cualquier circunstancia:
  - Comida
  - Bebidas (incluyendo botellas de agua)
  - Celulares
  - Armas
  - Medicamentos recetados
  - Drogas ilegales
  - Bolsas o mochilas
- 11 China Spring es una instalacion que NO PERMITA FUMAR conforme a N.R.S. 202.2491.
- 12 Debe proporcionar informacion de su vehiculo, incluyendo numero de placa a la llegada.

Violaciones de las reglas de visita van resultar en futuras visitas, pases o otros privilegios ser confiscado por usted como padre/tutor de su hijo(a). Las reglas con claramente conocidas y violaciones no serán tolerados.



LISTA DE OBJETOS PERSONALES

Enviar solo lo que aparece en la lista. Todos los demás artículos serán rechazados.

Por Favor envíe artículos en bolsa o caja desechable (no maletas)

Todos los artículos de ropa deben ser:

- 2) Dimensionada para ajustarse a su hijo(a), ropa holgado no se aceptará, la ropa no debe tener logotipos (Nike, Adidas, etc)
- 3) Artículos caros se desalientan y pueden ser negados.
- 4) Se recomienda dejar etiquetas en todos elementos nuevos y mantener recibos en caso de que los artículos sean rechazados.

Todos los productos de higiene/salud seran:

- 1) En envase de plástico, No-aerosol, No alcohol.
- 2) Esencias de perfume y artículos caros se desalientan y pueden ser negados.
- 3) Etiquetas deben estar intacto (medicamentos sin recetas serán rechazados).
- 4) No se aceptarán los medicamentos sin receta o sin el orden de un doctor.

**CSYC y APGF Artículos de Higiene/Salud:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desodorante (sin aerosol)                                  | 2 |
| <input type="checkbox"/> Champú   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Acondicionador   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Pasta de dientes   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Cepillo de dientes (poseedor esta bien)                    | 1 |
| <input type="checkbox"/> Lavado de cara (sin alcohol)                               | 1 |
| <input type="checkbox"/> Gel de baño  | 1 |
| <input type="checkbox"/> Barra de jabón (poseedor esta bien)                        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Bálsamo de labios  | 2 |
| <input type="checkbox"/> Loción (sin aroma)   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Kleenex  | 2 |
| <input type="checkbox"/> Toalla (color solido)                                      | 2 |
| <input type="checkbox"/> Paño de lavado (color solido)                              | 2 |
| <input type="checkbox"/> Peine/Cepillo  | 1 |
| <input type="checkbox"/> servilletas femeninas/Tampón (niñas solamente)             | 3 |
| <input type="checkbox"/> Cintas para el pelo (sin metal, niñas solamente)           | 3 |
| <input type="checkbox"/> Medicaciones Prescripcionados <b>Suministro de 30 días</b> |   |

**CSYC y APGF Materiales de escribir /Misc:**

- |   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Plumas (negro SOLAMENTE- etape de Honor) | 3            |
| <input type="checkbox"/> lápiz (sin mecánica, sin metal )         | 3            |
| <input type="checkbox"/> High Lighter                             | 1            |
| <input type="checkbox"/> Aglutinante                              | 5            |
| <input type="checkbox"/> Biblia                                   | 1            |
| <input type="checkbox"/> Foto de familia (sin cuadro)             | 1            |
| <input type="checkbox"/> Estampillas                              | no ay limite |
| <input type="checkbox"/> Sobres                                   | 2 cajas      |
| <input type="checkbox"/> Papel (no espirales)                     | 3 paquetes   |
| <input type="checkbox"/> Bolsa de lona grande                     | 1            |

**CSYC y APGF calzado**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pantunflas  | 1 |
| <input type="checkbox"/> Botas de trabajo                                  | 1 |
| <input type="checkbox"/> Guantes de trabajo                                | 1 |
| <input type="checkbox"/> Zapatos para correr(Blanco o gris, sin logotipos) | 1 |
| <input type="checkbox"/> Zapatos de baño (antideslizante)                  | 1 |

**CSYC (Especifica a Muchachos) Articulos:**

- |  |    |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> Pantalones deportivos (negro o gris)                | 2  |
| <input type="checkbox"/> Sudaderas (black or grey) (sin capucha)             | 2  |
| <input type="checkbox"/> Pantalones cortos (negro o gris) la mitad del muslo | 2  |
| <input type="checkbox"/> Calcetines deportivos (blanco)                      | 12 |
| <input type="checkbox"/> Calzones (blanco - estándar)                        | 12 |
| <input type="checkbox"/> Camisas (blanco) cuello redondo                     | 7  |

**APGF (Especifica a Muchachas) Articulos:**

*(cabello debe ser de color natural tras la ingesta)*

- |  |    |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> Sudaderas (negro/gris) (sin capucha)                | 2  |
| <input type="checkbox"/> Pantalones deportivos (negro/gris)                  | 2  |
| <input type="checkbox"/> Pantalones cortos (color bronce) la mitad del muslo | 2  |
| <input type="checkbox"/> Calcetines deportivos (blanco-estándar)             | 12 |
| <input type="checkbox"/> Calzones (blanco, negro, gris- estándar SOLAMENTE)  | 12 |
| <input type="checkbox"/> Camisas (blanco) cuello redondo                     | 7  |

<input type="checkbox"/>	Pijama (camisa con pantalones - modesto)	2	<input type="checkbox"/>	Brassiere (blanco – sin cables)	2
<input type="checkbox"/>	Bata de baño (modesto) (algodón)	1	<input type="checkbox"/>	Brassiere deportivo (blanco o gris)	2
<input type="checkbox"/>	Abrigo de invierno (temporada específica)	1	<input type="checkbox"/>	Abrigo de invierno (temporada específica) no logotipos	1
<input type="checkbox"/>	Beanie (negro/gris) (temporada específica)	1	<input type="checkbox"/>	Beanie (negro/gris) (temporada específica)	1
<input type="checkbox"/>	Gorro del estilo béisbol (negro/gris) no logotipos	1	<input type="checkbox"/>	Gorro del estilo béisbol (negro/gris) no logotipos	1
<input type="checkbox"/>	Traje de baño (pantalones cortos)	1	<input type="checkbox"/>	Pijama (camisa con pantalones - modesto)	2
	(traje de baño se necesita todo el año)	1	<input type="checkbox"/>	Bata de baño (modesto) (algodón)	1
<input type="checkbox"/>	Muñeco de peluche (pequeño)	1	<input type="checkbox"/>	Traje de baño (una pieza- modesto)	1
			<input type="checkbox"/>	(traje de baño se necesita todo el año)	
			<input type="checkbox"/>	Muñeco de peluche (pequeño)	1

**Si tiene preguntas sobre esta lista, por favor habla a administración**

(Por favor mantenga esta lista para su referencia)



---

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD CONDADO DE DOUGLAS

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICO ACERCA DE USTED PUEDE SER USADO Y DIVULGADO Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION

### POR FAVOR LEA CON CUIDADO

Usted está recibiendo este aviso de acuerdo con la portabilidad de La Información de Salud y Acto de Rendición de Cuentas (HIPAA), una ley federal que gobierna la privacidad de su información de salud.

#### QUIEN SEGUIRA ESTE AVISO

Este aviso describe la practices de privacidad de información seguidos por el condado de Douglas.

#### INFORMACION DE SU SALUD

Este aviso se aplica a la información y archivos que tenemos sobre su salud, estado de salud, y el cuidado de la salud y servicios que puede recibir con servicio social.

Estamos obligados por ley para darle este aviso. Se le informará sobre las maneras en la cuales podemos utilizar y divulgar informacion sobre tus derechos y obligaciones respecto a usar y divulgar información de ese.

#### COMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACION DE SALUD ACERDA DE USTED

##### **Para tratamiento**

Aunque el condado puede no proporcionar tratamiento directamente a usted, lo que sus medicos o dentistas y su personal hacen, estamos incluyendo estas proximas tres párrafos por su información de HIPAA. Ellos talves usaran infomación sobre su salud para proporcionar le con tratamiento y servicios medicos. Podrán reveler información sobre su salud a doctores, enfermeras, técnicos, personal de la oficina o otro personal involucrado en su salud.

Por ejemplo, su doctor puede ser un tratamiento por su corazón y si tiene otras complicaciones que el doctor debe de saber que puede complicar su tratamiento. El doctor puede usar su historia médica para decider que tratamiento es lo mayor para usted. El doctor tambien le puede decir a otro doctor sobre su condición para que ese doctor puede ayudar a determinar el cuidado más apropiado.

Personal diferente en las oficinas pueden compartir información sobre usted y revelada información a la gente que no trabajan la oficina en orden a coordinar su salud, como ordenando recetas por teléfono, programación de labrotario y ordenando radiografias. Miembros de la familia y otros proveedores de servicios de salud pueden ser parte de su atencion médica afuera de la oficina y puede exigir su información que tenemos.

##### **Para el Pago**

Puedemos usar y reveler su información de salud para que el tratamiento y servicios que recibe en la oficina pueden ser facturados y pagos pueden ser coleccionado de usted, o la compania de seguros. Por ejemplo, es posible que le damos su plan de salud sobre servicios que recibio para que su plan de salud puede pagar por esos servicios o reembolsar le por los servicios. También podemos decirle a su plan de salud sobre un tratamiento que va recibir para obtener aprobación previa, o para determinar si su plan cubrirá el servicio.

##### **Para las operaciones de Cuidado de la salud**

Podemos utilizar y divulgar su información de salud en orden para ejecutar la oficina y asegurar nos y nuestros clientes reciben cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para elevar el desempeño de nuestro personal en atenderle. También podemos usar su información de salud sobre todo o muchos de nuestros residentes para ayudarlos a decidir que servicios adicionales podemos ofrecer. Como podemos ser más eficiente, o si nuevos tratamientos son efectivos.

### **Recordamiento de Citas**

Podemos contactarnos con usted para recordarle de su cita por tratamiento o atención médica en nuestra oficina.

### **Alternativas de tratamiento**

Podemos decirle o recomendar opciones para tratamiento posible o alternativas que le pueden interesar.

### **Productos y Servicios relacionados con la salud**

Podemos decirle sobre productos relacionados con la salud o servicios que pueden ser de interés para usted.

Por favor avisenos si usted no desea ser contactado por recuerdos de cita, o si no desea recibir información de tratamientos alternativos o productos de salud o servicios. Si nos avisa por escrito que no gusta recibir esta información, no vamos a usar su información por estos propósitos.

Usted puede revocar su consentimiento en cualquier tiempo por notificación por escrito. You may revoke your Consent at any time by giving us written notice. Su revocación será eficaz cuando lo recibimos, pero no va a ser aplicado por los usos o divulgaciones que ocurrieron antes de ese tiempo.

Si no se revoca su consentimiento, no se permitirá usar o divulgar su información por propósitos de tratamiento, pagos, o operaciones de atención médica y por eso elegimos discontinuar con tratamientos o servicios de salud.

### **SITUACIONES ESPECIALES**

Podemos usar o revelar su información de salud sin su permiso por las siguientes razones, sujeto a todas las restricciones y limitaciones legales aplicables:

#### **Para evitar una amenaza seria para su salud o su seguridad**

Podemos usar y revocar su información de salud cuando sea necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o seguridad de el público o otra persona.

#### **Requerido por la ley**

Daremos a conocer información de su salud cuando se requiera por la ley federal, estado, o la legislación local.

#### **Investigación**

Podemos usar y revelar información de su salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso especial de aprobación. Le preguntaremos su permiso primero si el investigador va a usar su nombre, dirección, o otra información que revela quien es usted, o estaremos en su cuidado en la oficina.

#### **Donación de órganos y tejidos**

Si usted es un donador de órganos, podemos revelar su información a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos, o trasplante de tejidos, o un banco de donación de órganos, donde sea necesario para facilitar tan donación y trasplante.

#### **Militar, Veteranos, National Security and Intelligence**

Si usted es o fue un miembro de las Fuerzas Armadas, o parte de la National Security and Intelligence, podemos ser requeridos por el mando militar o otras agencias gubernamentales a revelar su información de salud. También podemos revelar su información sobre militar extranjera.

#### **Compensación de trabajadores**

Podemos divulgar su información médica y de salud para fines de la compensación de trabajadores o de otros programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **Riesgos de salud Pública**

Podemos revelar información de su salud a el Salud Publica para razones con su salud en orden de prevenir o controlar enfermedad, lesiones o discapacidad, o reporter nacimientos, fallecimiento, abuso sospecha, o negligencia, lesiones fisica no accidentale, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

### **Actividades de supervision de la salud**

Podemos revelar información de su salud a Actividades de supervision de la salud por auditorias, investigaciões, inspections, o el otorgamiento de licencias. Estas revelaciones pueden ser necesarias para monitar la Sistema de salud y otros Agencias federales, programas gubernamentales, y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles

**Pleitos y disputas:** Si usted se ve envuelto en un pleito o una disputa judicial o legal, podemos divulgar su información médica y de salud para responder a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica y de salud en respuesta a una citación, a un pedido de averiguación o a otro proceso legal iniciados por otra persona implicada en una disputa.

### **Aplicación de la ley**

Podemos divulgar su información médica y de salud si la misma es solicitada por oficiales que enfuerquen la ley en cualquiera de las siguientes circunstancias: como respuesta a una orden judicial, caución, citación o proceso similar; para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida; brindar información acerca de la víctima de un delito, si en ciertas circunstancias limitadas, no es posible obtener el consenso de la persona; brindar información acerca de una muerte que creemos puede ser resultado de una conducta criminal; brindar información acerca de una conducta delictiva en cualquiera de nuestros establecimientos; o en casos de emergencia, para reportar un delito, la escena de un crimen, la(s) víctima(s) o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

### **Médicos, Forenses y Directores de funerarias**

Podemos revelar información de su salud a medicos o forenses. Por ejemplo, esto puede ser necesario para identificar una persona fallecida o determinar el causo de fallecimiento.

### **Información no de identificación Personal**

Podemos usar o revelar su información de salud en una manera que no identifica personalmente o revele quien es.

### **Familia y Amigos**

Podemos revelar información de su salud a miembros de su familia o amigos si obtenemos un acuerdo verbal o si le damos una oportunidad a objetar a tal y no formula una objeción, basado en la divulgación de su salud personal a su cónyuge cuando usted trae a su esposo/a a el cuarto de examen durante tratamiento.

En situaciones donde usted no puede dar consentimiento (por que usted no esta presente o por su incapacidad o emergencia medica), podemos, usando nuestro juicio profecional, determinar una divulgación a su miembro de familia o amigo(a)en su major interés. En este situacion, daremos a conocer solamente informacion de su salud relevante para la persona involucrado en su cargo. Por ejemplo, podemos informar la persona que te acompañó a emergencia por un ataque al corazón y proveer actualizaciones sobre su progreso. Tambien podemos usar nuestro juicio professional y experiencia para ser inferencias razonables que estan en su interes para dejar una persona actuar en su nombre para recojer, por ejemplo, recetas, suministros medicos o rayos X.

### **OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DEL CUIDADO DE LA SALUD**

Otros usos y divulgaciones de su información médica y de salud no cubiertos en este Aviso o por las leyes vigentes, serán llevados a cabo sólo con su autorización escrita. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica y de salud, puede revocar por escrito su autorización en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no utilizaremos o revelaremos su información médica de salud de acuerdo con los motivos expuestos en dicha autorización, con la excepción de que no podremos anular las divulgaciones efectuadas cuando la autorización tenía vigencia. Además, estamos obligados a conservar nuestros registros de los cuidados que le hayamos proporcionado.

Si tenemos información de VIH o abuso de sustancia de usted, no podemos liberar esa información sin una autorización por escrito (diferente de la autorización y consentimiento) de ti. Con el fin de divulgar estos tipos de archivos para fines de tratamiento, pagos o operaciones de cuidado de la salud, vamos a tener que obtener los dos consejos firmados y escrito autorización que cumple con la ley de VIH o abuso de sustancia.

### SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos respecto a la información de salud:

#### **Derecho de inspeccionar y obtener copias**

Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud archivada en nuestros registros. A fin de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Si usted solicita una copia de su información médica y de salud, nosotros podremos cobrarle un cargo para cubrir los costos de copiado, envío u otros insumos procedentes de su solicitud. Si usted no solicita una copia de sus registros, no le cobraremos ningún cargo por inspeccionarlos.

#### **Derecho de solicitar enmiendas**

Si usted considera que su información médica y de salud archivada en nuestros registros es inexacta o incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información esté en nuestro poder.

Para solicitar una enmienda, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, debe exponer la razón que motiva la enmienda. Su pedido se incorporará a su registro. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario y una lista de sitios del Condado para este propósito.)

Nosotros no hemos creado, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la corrección.

No es parte de la información de salud que nosotros guardamos.

Usted no está autorizado para revisar y copiar.

Es exacta y completo

#### **Derecho a obtener un detalle de las divulgaciones**

Con la excepción de ciertas divulgaciones —por ejemplo, aquéllas vinculadas con tratamientos, pagos y actividades administrativas de cuidado de la salud, así como aquéllas autorizadas por usted—, usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de su información médica y de salud. Para solicitar esta lista, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe referirse a un período determinado, que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un período de 12 meses sucesivos será sin cargo para usted. Si desea obtener listas adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionarlas. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá anular o modificar su pedido antes de que incurramos en ningún gasto.

#### **Derecho de solicitar restricciones**

Usted tiene el derecho de solicitar que observemos restricciones adicionales y especiales al utilizar o divulgar su información médica y de salud, pero no estamos obligados a dar curso a su pedido. Si aceptamos satisfacerlo, atenderemos su pedido a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia, tal como lo determine su médico. Para solicitar restricciones, usted debe hacer un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. En su solicitud, deberá especificar qué información desea limitar, el tipo de limitación a aplicar, y a quién desea aplicarla. Un ejemplo de tal limitación podría ser establecer restricciones a divulgaciones destinadas a su cónyuge.

#### **No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición**

Si estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos su petición a menos que la información es necesaria a proporcionarle tratamiento de emergencia.

A solicitar restricciones, usted puede completar y enviar la forma “Solicitud de restricción de uso/Revelar de información médica”

**Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a citas y otras cuestiones relacionadas con su tratamiento de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo, o mediante correspondencia dirigida a una casilla postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Procuraremos cumplir con todos los pedidos razonables.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted puede completar y enviar la Solicitud

**Para restricción de uso/ divulgación de información médica y/o comunicación confidencial**

No le preguntaremos la razón de su solicitud. Vamos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

**Derecho a obtener una copia impresa de este Aviso**

Usted puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Aun si hubiera acordado recibir este Aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. Para obtener una copia impresa de este Aviso, solicítela a Wendy Garrison.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a modificar el presente aviso, y para hacer la revisión o cambio a la información médica que recibimos en el futuro. Vamos a publicar un resumen de la notificación en la oficina con la fecha en la esquina superior derecha. Usted tiene derecho a una copia de este aviso actualmente vigente.

QUEJAS

Usted tiene el derecho de presentar una queja a la Secretaria de el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja comuníquese con Wendy Garrison.

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

*En acuerdo con la ley deferral de derechos civiles y el Departamento de Agricultura de EE.UU (USDA) reglamentos y políticas de derechos civiles, USDA, sus agencias, oficinas, y empleados, y instutaciones participantes en nuestra administraciones, programas de USDA no pueden discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, la discapacidad, la edad o la represalia o venganza para la actividad antes de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.*

*Las personas con discapacidad que requieran medios alternaticos de comunicación para la información del programa, deben contactar la agencia (estado o local) donde solicitan los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades de hablar pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.*

*Para presentar una queja de discriminación, completa la forma USDA Programa de quejas por discriminación, (AD-3027) encontrado por internet a [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina de USDA, o puede escribir una carta a el direccion de USDA y prove en la letra todo el información solicitafa en el formulario. Para solicitar una copia de la forma de quejas, habla (866) 632-9992. Envía el formulario completado a:*

*Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410*

- 1. Fax: (202) 690-7442; or*
- 2. Correo electronico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)*

*Esta institución es yn proveedor de igualdad de oportunidades.*

**Atención Padres:** Páginas 1-13 de este paquete son suyos para mantener. Las siguientes páginas, deben de ser firmadas y presentadas a la oficina de Juvenil de libertad condicional, signed para ser entregada a el Campamento.

**Esta sección (paginas 15-33) contiene formas para ser completadas por el Padre/Tutor y presentada a el Campamento en el momento de ingesta por el oficial de libertad condicional juvenil.**



**AUTORIZACION PARA EL USO O DIVULGAR INFORMACION MEDICA (HIPAA)**

Yo autorizo el condado de Douglas de usar y divulgar mi información medico para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

El tratamiento incluye actividades interpretados por un proveedor de cuidado de la salud, enfermera, personal de oficina, y otros tipos de profesionales de la salud con tal que provee atención médica a usted, coordinar o administrar su stención con terceros, y consultas con y entre otros proveedores de servicios de salud. Este consentimiento incluye tratamiento proporcionado por un médico que cubre mi/nuestra práctica por teléfono como el medico de guardia.

Pago incluye actividades involucrado en determinar su elegibilidad para la cobertura del plan de salud, facturación y recibir el pago por sus reclamos de beneficios de salud, y gestión de la utilización que puede incluir la revisión de los servicios de atención médica para la necesidad médica, la justificación de los gastos, pre-certificación y ore-autorización.

Operaciones de cuidado de la salud incluye las funciones administrativas y comerciales necesarias de nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y salvo en la medida que ya hemos usado o revelado la infromación en virtud de esta autorización.

A menos que se revoque antes o de otro modo indicado, esta autorización expirará 180 días desde la fecha de la firma o se mantendrá en vigor durante del period razonablmente necesario para completer la solicitud.

Usted puede revisar "Aviso de Privacidad" para obtener información adicional acerca de los usos y divulgaciones de información que se describen en este consentimiento antes de firmar este consentimiento del Condado de Douglas.

Debido a que hemos reservado el derecho de cambiar nuestras practices de privacidad de acuerdo con la ley, los términos contenidos en el aviso pueden cambiar también. Un resumen de la notificación será publicado en nuestra oficina que indica la fecha efectiva de la notificación en la esquina superior derecha. Le ofreceremos una copia del aviso en su visita puño para nosotros después de la fecha de vigencia de la notificaión vigente en ese momento. También le proporcionará una copia de la notificación a su solicitud.

Como se explica con más detalle en el aviso, usted tiene el derecho de solicitar restricciones en cómo usar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, fines de pago, y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud, si estamos de acuerdo, estamos obligados a cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Otros medicos que proporcionan cobertura de llamada para nuestra oficina están obligados a utilizar y divulgar su información de salud protegida acuerdo con la comunicación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento siempre lo hago por escrito, except en la medida del Condado de Douglas ya se ha utilizado o divulgado la información en virtud de esta autorización y para examiner Aviso de Práctocas de Privacidad del Condado.

\_\_\_\_\_  
Firma de Residente o Persona autorizada por ley

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Declaración de autorización de información confidencial de salud médica y/o mental**

Nombre de paciente:	
Fecha de nacimiento:	
Número de seguridad social:	
Información de salud solicitada:	Información relacionada con medico y/o salud mental condicion del paciente, incluyendo, pero no limitado a, el tratamiento médico y mental continuado, diagnostic medico, pronosticos, lesiones y enfermedades.
Información solicitada a:	Todos los proveedores de atención médica y de salud mental del paciente
Información a divulgar a:	<b>China Spring Youth Camp</b>

**Divulgación de registros medico's confidenciales**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización

La información que se aborda es información médica y de salud mental. Esta información es confidencial y está protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996. Ley Pública 104-191.45 CFR 160 y col. seq.

China Spring Youth Camp se prohíbe volver a divulgar la información a menos que China Spring Youth Camp obtenga una autorización por mi parte o la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Al firmar este documento, yo, \_\_\_\_\_, autorizo a mis proveedores de atención médica y de salud mental a divulgar información verdadera y correcta de China Spring Youth Camp y/o una copia verdadera y correcta de todos y cada uno de los registros relacionados con mi, mi afección, atención, tratamiento medico y/o salud mental, Diagnóstico y pronóstico.

Entiendo que estos registros contienen información confidencial. Al firmar este document, renuncio a mi derecho de mantener estos registros confidenciales de China Spring Youth Camp.

Esta autorización para la divulgación de información confidencial permanecerá vigente desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ y hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ o hasta el momento en que retire esta autorización escrita entregada y recibida por mis proveedores de atención médica y/o de salud mental, lo que ocurra primero.

Fechado este \_\_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente (Residente)

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente (Residente)

Fechado este \_\_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor de Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Tutor de Paciente

Firma atestiguada por:

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre de Testigo



**Declaración de autorización de información confidencial de salud médica y/o mental**

Nombre de paciente:	
Fecha de nacimiento:	
Número de seguridad social:	
Información de salud solicitada:	Información relacionada con medico y/o salud mental condicion del paciente, incluyendo, pero no limitado a, el tratamiento médico y mental continuado, diagnostic medico, pronosticos, lesiones y enfermedades.
Información solicitada a:	Todos los proveedores de atención médica y de salud mental del paciente
Información a divulgar a:	<b>Padre/Tutor, Oficial de Libertad Condicional Juvenil, Corte Juvenile</b>

**Release of Confidential Medical Records**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que tengo los siguientes derechos con respect a esta autorización

La información que se aborda es información médica y de salud mental. Esta información es conficencial y está protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996. Ley Pública 104-191.45 CFR 160 y col. seq.

NO ES NECESARIO firmar esta forma o autorizar el lanzamiento de mi información médica. Se prohíbe a China Spring Youth Camp volver a divulgar la información a menos que China Spring Youth Camp obtenga una autoización por mi parte o la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Al firmar este documento, yo, \_\_\_\_\_, autorizo China Spring Youth Camp a liberar a mi Padre/Tutor, Oficial de libertad condicional Juvenil, y/o corte Juvenil, a divulgar información verdadera y correcta y/o una copia verdadera y correcta de todos y cada uno de los registros relacionados con mi, mi afección, atención, tratamiento medico y/o salud mental, Diagnóstico y pronóstico.

Entiendo que estos registros contienen información confidencial. Al firmar este document, renuncio a mi derecho de mantener estos registros confidenciales de mi Padre/Tutor, Oficial de libertad condicional Juvenil, y/o corte Juvenil, Salvo que la ley exija o permita lo contrario, no pueden volver a dibulgar esta información confidencial sin mi consentimiento por escrito en un documento separado.

Esta autorización para la divulgación de información confidencial permanecerá vigente desde \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ y hasta \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ o hasta el momento en que retire esta autorización

escrita entregada y recibida por mis proveedores de atención médica y/o de salud mental, lo que ocurra primero.

Fechado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente (Residente)

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente (Residente)

Fechado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor de Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Tutor de Paciente

Firma atestiguada por:

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre de Testigo



**CHINA SPRING YOUTH CAMP AURORA PINES INSTALACION  
AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION**

Nombre de niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mis archivos estàn protegidos por la ley de Registros Federales de Confididencialidad y las restricciones con respecto a confidencialidad de los registros de menores como se indica en N.R.S. capitulo 62, y no puede ser revelado sin mi escrito consentimiento a no ser que se disponga otra cosa en la normativa.

Tambien entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier tiempo salvo en la medida en la acción ha sido tomada en depenencia de ella, y en cualquier caso este consentimiento expira automáticamente como se describe a continuación.

Yo entiendo que este consentimiento autoriza escrito o verbal transferencia de la información hace referencia a continuación. Renuncio en nombre del niño(a) mencionado arriba y todas las disppciones de la legislación a la divulgación de información confidencial y le doy liberación a el Condado de Douglas China Spring Youth Camp/Aurora Pines Instalacion de qualqueier.

**Por la presente autorizo:**

- A. Cualquier médico, hospital, institución, psicólogo, trabajador social, escuela, o estado, condado, y agencia Federal teniendo métrica adecuada, psiquiátrico, psicológico, social de casos, educativo, profesional, y/o los registros de empleo, informes y/o evaluaciones relacionadas con el residente llamado más adelante, poner de manifiesto aquellos registros a China Spring Youth Camp/Aurora Pines Instalacion, para que pueden procesar caso por los servicios medicos y/o servicios de tratamiento.
- B. China Spring Youth Camp/Aurora Pines Instalacion para liberar cualquier médico, hospital, institución, psiquitra, psicólogo, trabajador social, escuela o estado, Condado y agencia federal, cualquier información perteneciente al residente llamado más adelante que puede ayudar con mejor comprensión y mas evaluación de servicios y tratamientos medicos.
- C. China Spring Youth Camp/Aurora Pines instalacion preparar copias de certificados de este autoración para el propósito de obtener información de multiples servicios. Tal copias deben tener el declaración: "YO CERTIFICO ESTA COPIA SER UNA COPIA VERDADERO Y ORIGINAL", y ser certificado como una copia verdadero de la instalación China Spring Youth Camp/Aurora Pines.

Se entiende por el firmante de la autorización para la divulgación contenida en este document deberá incluir la información relative a los servicios y beneficios relacionados que pueden haver sido prestados o pagados bajo culaquier cobertura de seguro de salud applicable o cualquier otro plan de salud o la protección médica, y dicha informacón en posesión de cualquier proveedor de salud o cobertura de seguro medico perteneciente al residente a continuacion puede ser revelada a China Spring Youth Camp/Aurora Pines Girls.

Entiendo que esta autorización es válida mientras mi hijo/hija es residente de China Spring Youth Camp/Aurora Pines Girls por un tiempo de un (1) año después de la descarga de el/ella.

Fechado este \_\_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Emprime Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor o Designado

State of Nevada  
County of \_\_\_\_\_

Subscribed and Sworn/affirmed to before me

This \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public





**AUTORIZACION POR EMERGENCIA MEDICAL/MENTAL CUIDADO DE SALUD  
(PODER LIMITADO)**

Yo, \_\_\_\_\_ Soy el padre/tutor  
(Emprime nombre de padre/tutor)

Legal de \_\_\_\_\_ ,un menor de edad. Resido en  
(Emprime nombre de niño/a)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Mi numero de teléfono es:

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Por la presente designo Wendy Garrison, Directora, China Spring Youth Camp/Aurora Pines Instalación, Gardnerville, Nevada, o un agente o empleado de China Spring Youth Camp/Aurora Pines instalación actuando en su nombre, como mi verdadero abogado de legitimación para actuar en mi lugar para realizar cualquiera de los siguientes actos respect a **emergencia medica o cuidado de la salud mental** para el niño/a mencionado arriba:

1. Para obtener atención de salud mental o medico de emergencia incluyendo admisión a hospitals y otras instituciones.
2. Para consentir, negar dar consentimiento, o retirar el consentimiento a cualquier atención, examen, cirugía, servicios o procedimientos para mantener, diagnosticar o tratar una condición fisica o mental.
3. Para firmar tales formulatios médicos como sera necesario para llevar a cabo este tipo de decisiones, incluyendo formas de seguridad, para hablar con el personal de salud que están tratando a mi hijo(a) y examinando los registros medicos relacionados con el cuidado del niño(a).

**Este poder o abogado limitada está sujeta a la condición del apoderado (CSYC/APGF) ejercerá sus mejores esfuerzos para notificar al padre o tutor legal tan pronto como sea posible en el ejercicio de las competencias mencionados, pero, en cualquier caso, dentro de las 24 horas de el incidente.**

Este poder de representación limitado permanecerá en pleno vigor y efecto durante el tiempo que su niño(a)es residente de China Spring Youth Camp/Aurora Pines Instalación.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



### Forma de Seguranca Médico

**\*Proporcione una copia legible de la tarjeta de seguridad (frente y detras) de su hijo(a). Incluyendo dental y recetas si están separadas.**

(Por favor marque uno)

Mi hijo(a) NO TIENE corbutura de aseguranza       Mi hijo(a) SI TIENE corbutura de aseguranza

#### Médico Primario

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_

Médico secundario si su hijo(a) está cubierto por otra compañía de seguros, complete lo siguiente

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_

#### Cobertura de medicamentos recetados

Aseguradora de prescripción: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_

#### COBERTURA DENTAL

Aseguradora Primario: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_

#### AUTORIZACIÓN DE SEGURO

Yo, \_\_\_\_\_

(Emprime Nombre)

Autorizo y asigno CSYC y sus representantes para usar mi seguridad para el beneficio de mi hijo(a) que esté cubierto por la seguridad. También entiendo que yo soy financieramente responsable por cualquier parte que seguridad no cubre incluyendo, pero no limitado a deducibles, copagos, y servicios no cubiertos. **En acordancia con NRS 62 B. 110: "Cuando un niño(a) está bajo la jurisdicción de la División de Menores del Tribunal de Distrito de acuerdo con este capítulo, recibe servicios auxiliares administrados o financiados por un condado, uncluyendo, pero no limitado a, el transporte o los servicios psiquiátricos, psicológicos o medicos, el condado tiene derecho a ser reembolsado por tales servicios de los padres/tutores del niño(a).**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**PROGRAMAS Y ACTIVIDADES**  
**PERMISO, LIBERACION Y INDEMNIZACION ACUERDO**

Nombre de niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ (EMPRIME NOMBRE) soy el Padre, o haber sido designafo como tutor legal por orden judicial del menor mencionado arriba.

Declaro además que el menor de edad mencionado arriba es físicamente capaz de participar en las actividades establecidas en este documento.

**Inicial**

\_\_\_\_\_ Yo doy permiso para que el menor de edad mencionado arriba para participar en **los programas recreativo y actividades del campamento**, que incluye, pero no limita a: fútbol, baloncesto, voleibol, béisbol, yoga, natación, dentro y fuera del campamento y comunidad.

\_\_\_\_\_ Además, doy permiso para el menor mencionado arriba participe en las actividades del programa de **"Camp Wilderness"**, que incluye, pero no se limita a: caminatas, alpinismo basico, las técnicas de supervivencia, natación, excursionismo con mochila, campar, sogas, esqui de fondo, raquetas de nieve, kayak, y pescar; en y sobre el campamento, áreas silvestres y parques de Nevada y California. Como tal, tambien doy permiso adicional para el Personal del Campamento llevar al menor mencionado al estado de California con el proposito de participar en dichas actividades.

\_\_\_\_\_ Además, doy permiso para que el menor mencionado para participar en las actividades, la formación y cuidado de los animals dentro de **programa de animales** del campamento, que incluye, pero no se limita a: perros, pájaros, y cualquier otro animal(es) que puede estar en y acerca del Campamento y comunidad.

\_\_\_\_\_ **Exención de Publicidad:** Esto es para el permiso para que el nombre o la foto de mi niño sea utilizado en la conexión con actividades tales como, pero no limitadas a: viajes a la naturaleza; atletismo intramuros; deportes organizados; o eventos caritativos, sociales o publicitarios en nombre de China Spring/Aurora Pines. Por la presente renuncio a las restricciones con respecto a la confidencialidad de los registros de menores como se indica en NRS 62.355.

Se me ha informado de los diversos peligros que el menor mencionado puede estar expuesta durante su participación en estos programas, que incluye, pero no se limita a: las condiciones climáticas extremas, físicamente exigentes condiciones, mordeduras de perro, etc. También reconozco que se me ha informado de que el menor de edad mencionado puede estar expuesto a peligro de visa y/o la integridad a peligro de vid y/ o la integridad física debido a las acciones de los animales y otras personas.

**POR TANTO, después de haber sido plenamente informado de los peligros inherentes a estos diversos programas, en los que doy permiso para que el niño(a) mencionado, a mi cónyuge, herederos, ejecutor o administrador, y representantes personales:**

- Asumir los riesgos del menor de participar en dichos programas y asumir la responsabilidad por cualquier lesión personal, incluida la muerte, al menor mencionado anteriormente, que puede ocurrir directa o indirectamente, asociada con la participación del menor mencionado anteriormente en los diversos programas mencionado anteriormente.
- Eximir y liberar China Spring, el condado de Douglas, Nevada, el Juzgado Noveno de Distrito Judicial, sus funcionarios, empleados, agentes y empleados, de cualquier y todas las reclamaciones completamente y para

siempre, demandas, daños, derechos de acción o causas de acciones, presente o futuro, si la misma sea conocida o desconocida, anticipades o no anticipades, como resultado de o que surja de la participación de la llamada del niño(a) menor de edad mencionado de los diversos programas mencionados.

- Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a el Campamento Juvenil de China Spring, el condado de Douglas, Nevada, el Juzgado Noveno de Distrito Judicial, sus oficiales, agentes, empleados y agentes, por cualquier acto o conducta por parte del menor mencionado, cualquiera de sus formas o naturaleza, mientras que en, sobre o acerca de cualquier vehiculo del condado de Douglas, o en cualquiera o en todos los locales o instalaciones del Condado de Douglas.
- Estoy de acuerdo en defender y pagar los honorarios de cualquier abogado o costos asociados como resultado de cualquier reclamación o recurso interpuesto por el Campamento de Juventud China Spring, el condado de Douglas, Nevada, el Tribunal de Distrito, Judicial Noveno, sus oficiales, agentes, empleados y servidores, por cualquier acto o conducta por parte del menor mencionado de cualquier tipo o naturaleza, mientras que en, sobre o acerca de cualquier vehiculo del condado de Douglas, o por cualquier y todos los locales o instalaciones del Condado de Douglas.
- Estoy de acuerdo que es mi intención, después de leer y de haber sido plenamente informados de todo lo anterior que este lanzamiento y acuerdo de indemnización estará en plena fuerza y efecto en cualquier momento después de la ejecución del mismo.

Estoy de acuerdo aún más, en caso de lesion y/o enfermedad del personal del campamento tendrá la autoridad para actuar en el mejor interés de mi hijo (a)

\_\_\_\_\_  
Relación a el niño (a)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre /Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso de una emergencia por favor notifique:

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre/Relación

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono

Con fecha de hoy: \_\_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

**\*Una identificación con fotografia del solicitante y el padre o tutor será presentada y una copia sera adjunta con esta forma.**



**RETO DE CUERDAS LIBERACION DE RESPONSABILIDAD**

LEA ANTES DE FIRMAR

Las personas que sufren de presión arterial alta, enfermedades del corazón, problemas de espalda, inestabilidad emocional, el embarazo o la acrophobia no deben ir en cuerdas altas sin consultar a su medico.

En consideración de que se les permita participar en forma alguna en el Programa Challenge Course Fondo, CSYC/APGF, eventos y actividades relacionadas, Yo, \_\_\_\_\_, el Padre/Tutor legal, reconoce, aprecia y acepta que:

1. El riesgo de lesion de las actividades involucradas en este programa es significativo, incluyendo el potencial de parálisis y la muerte, y mientras que las reglas particulares, el equipo y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de lesiones graves, y
2. CONOCIMIETNO Y liberemente, asumo todos esos riesgos, tanto conocidos como desconocidos, AUNQYE PROVIENEN DE LA NEGLIGENCIA DEL PARTICIPANTE o otros, y asumir la plena responsabilidad por mi participación; y
3. Voluntariamente estoy de acuerdo en cumplir con los términos y codiciones indicados y acostumbrados para la participación. Sin embargo, si you obsewrvo cualquier peligro significativo inusual durante mi presencia o participación, me retiraré de la atención del official más próximo; y
4. Yo, por mi mismo y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, por este medio libero, indemnizar y mantener Mecanismo INOFENSIVO a CSYC/APGF, sus oficiales, funcionarios, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anuncuantes, y en su caso, los propietarios y arrendatarios de los locales utilizados para llevar a cabo el evento, "PUBLICA", en respect a todas y cada lesion, incapacidad, muerte o pérdida o daños a personas o bienes, QUE SE DE LA NEGLIGENCIA DEL PARTICIPANTE O DE OTRO MODO, en la medida en que lo permita la ley; y
5. Entiendo que el uso de los medios suministrados por el Campamento CSYC/APGF de primavera constituye una aceptación de la propedad. Estoy de acuerdo en pagar por cualquier daño causado al equipo, propiedad o propiedad de otros.

**HE LEIDO ESTE LIBERACION DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCION DE RIESGO, UNA CABAL COMPRESION DE SUS TERMINOS. ENTIENDO QUE RENUNCIADO A DERECHOS SUBSTANCIALES EN FIRMAR, Y FIRMO LIBRE Y VOLUNTATIAMENTE SIN NINGUN INCENTIVO.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Participante

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmado

PARA PADRES/ TUTORES O LOS PARTICIPANTES DE LA MINORIA EDAD  
(MENOR DE 18 ANOS EN EL REGISTRO DE TIEMPO)

Esto es para certificar que yo, como padre/tutor con la responsabilidad legal de este participante, haga consentimiento y de acuerdo a su liberación según lo previsto anteriormente de todas las publicaciones, y para mi, mis herederos, cesionarios y parientes más próximos. Libero y estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a los lanzamientos de cualquier y todas las responsabilidades inherentes a la participación o la participación de mi hijo(a) menor de edad en estos programas según lo dispuesto anteriormente, AUNQUE PROVIENEN DE LA NEGLIGENCIA DEL PARTICIPANTE, en la medida en que lo permita la ley.

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Numero de Emergencia

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmado



**PROGRAMA C.H.O.I.C.E.S.  
INFORMACION MEDICA**

(Para ser completado por el Padre/Tutor. NOTA: Toda la información es confidencial)

1) Hay limitaciones físicas que impidan la plena participación, uncluyendo:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad                  | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales                              |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Enferedades venéreas (STD)                         |
| <input type="checkbox"/> Condiciones de Corazon        | <input type="checkbox"/> Embarazo (actual)                                  |
| <input type="checkbox"/> Lesiones recientes            | <input type="checkbox"/> Embarazo (reciente)                                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad reciente           | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                       |
| <input type="checkbox"/> Alergias (Comida)             | <input type="checkbox"/> Migrañas   |
| <input type="checkbox"/> Alergias (Medicación)         | <input type="checkbox"/> Esguinces/dislocación reciente                     |
| <input type="checkbox"/> Allergias (Insectos, etc.)    | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral reciente/ Lesiones en la Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Problemas se Asma/Respiración | <input type="checkbox"/> Tos crónica  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda              | <input type="checkbox"/> Alta persion sanguinea                             |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama/ incontinencia  | <input type="checkbox"/> OTRO? _____  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de movimiento      |   |

FAVOR DE EXPLICAR CUALQUIER PROBLEMA ANTERIOR ( Fechas, Frecuencia, gravedad, Alcance de limitación)

---

---

---

2) Hay algunas tendencias psicológicas que debemos tener en cuenta (miedo a las Alturas o agua, intentos de suicido/ adicción de drogas/ adicción de alcohol, depresió, etc.)

---

---

---

3) Por favor, lista todos los medicamentos con receta que se exige a su hijo(a) a tomar, y la cantidad/frecuencia de administración. Estas se permanecerán con el empleado. POR FAVOR, asegúrese de enviar medicamentos de su hijo(a) en ellos, de una cantidad sufuciente para durar todo el tiempo en el Campamento.

---

---

---

---

4) El personal del programa desierto llevan un botiquin de primeros auxilos bien equipado en todo momento, Que contiene los siguientes medicamentos. Por favor, compruebe esas medicaciones que usted, como Padre o Tutor legal, nos da permiso a administrar a su hijo(a) en caso de enfermedad:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofeno (Tylenol)   | <input type="checkbox"/> Pepto-Bismol             |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil, Midol) | <input type="checkbox"/> Rolaid/antiácido         |
| <input type="checkbox"/> Difenhidramina (Benadryl) | <input type="checkbox"/> Pseudoefedrina (Sudafed) |

Dramamine(enfermedad de movimiento)

Mylanta/laxante

Firma de Padres/Tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

5) El personal del Programa de desierto ha sido entrenado en la administración de EPINEFRINA (un medicamento con receta). Se revierte los efectos de la vida graves que amenazan sistémica (cuerpo entero) reacciones alérgicas a sustancias tales como picaduras de abejas o alergias a los alimentos. La historia pasada de un individuo no es una indicación fiable de las reacciones futuras. Por lo tanto, solicitamos permiso para administrar EPINEFRINA en caso de que su hijo (a) tiene una reacción alérgica peligroso para la vida mientras que esta en nuestro cuidado.

Yo/Nosotros \_\_\_\_\_ Damos permiso a el Personal del Programa Campamento Desierto a Administrar EPINEFRINA a: \_\_\_\_\_ en un evento de una reacción alérgica sistémica.

**POR FAVOR CONTACTENOS SI INFORMACION CAMBIA O DESARROLLA**



**HOJA DE COMPROMISO**  
(Por favor llene toda la información complete)

Nombre de Juvenil: \_\_\_\_\_

Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Ciudad de Nacimiento \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Cabello \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Tatuajes \_\_\_\_\_

Ojos \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Cicatrices \_\_\_\_\_

¿Esta recibiendo ingreso su Hijo (a)? \_\_\_\_\_

Si (cuanto ingreso): \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Raza/Origen \_\_\_\_\_

Etnico \_\_\_\_\_

Tutor/Padre en Compromiso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numeros de Telefono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electronico: Personal \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Dirección Fisica: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ # de Seguridad Social \_\_\_\_\_

# de Licencia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Expiración \_\_\_\_\_

Otro Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numeros de Telefono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electronico: Personal \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Dirección Fisica: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ # de Seguridad Social \_\_\_\_\_

# de Licencia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Expiración \_\_\_\_\_

**¿Hogar solamente habla español? Si / No/ los dos**

Por favor complete la parte abajo completamente con respeto a las tallas de ropa de su hijo(a).

TALLAS DE ROPA PA JOVENES			
Pantalones	Camisa:	Zapatos:	Abrigo:

Información de vehiculo: Lista Todos los vehiculos en los que puede conducir a la facilidad para visitas y que se utilizaron para transportar a un residente dentro y fuera de la instalación en cualquier momento.

Marca	Modelo	Color	# de Placa



### Politica de cero tolerancia

China Spring Youth Camp tiene un Politica de cero tolerancias contra todas las formas de abuso sexual y acoso sexual. La protección de las instalaciones juveniles contra todas formas de abuso sexual y acoso sexual es importante. Todos los empleados, personal, residentes, empleados contractuales, Contratar personal de servicios, voluntaries y visitantes están sujetos a la politica de cero tolerancias.

**¿Como denuncio abuso sexual?** Los residentes de la instalación tienen el derecho de reporter abuso sexual y/o acoso sexual libre de represalias y consecuencias. Reportes pueden hacerse de las siguientes maneras:

- 1) Digale a un miembro del personal de confianza, solicitar un supervisor, o solicitar hablar con un miembro de Administración. Administración acepta llamadas telefónicas las 24 horas del dia.
- 2) Complete un formulario de Quejas y colóquelo en la caja segura
- 3) Pida hacer una llamada telefónica privada y póngase en contacto con una de las agencias externas mencionadas durante la ingesta.
- 4) Usar el teléfono del dormitorio para seleccionar un número preprogramado.
  - a. **Linea 1:** Interno PREA linea de mensaje por el Director de PREA. Esta linea se comprueba por mensaje o correo electronico por el Director de PREA.
  - b. **Linea 2:** Contacto con el consejo de apoyo familiar por servicios de victimas, soporte emocional, o comuniquese con su defensor designado 775-782-8692.
    - i. Dirección fisica: 1255 Waterloo Lane, Gardnerville, NV 89410
    - ii. P.O. Box 810 Minden, NV 89423
  - c. **Linea 3:** Contacto con Reno Crisis Call Center 1-800-992-5757
    - i. 900 N. Virginia St. Reno, NV 89557
- 5) Residentes tambien pueden pedir una llamada privada para hablar a sus padres/tutores, Oficial de libertad condicional juvenil o abogado.
- 6) Padres/Tutores o otros terceros pueden ser reporte en nombre de el residente usando cualquier numero de contacto proporcionado en la pagina de internet, incluyendo contactando a la Oficina del Sheriff del condado de Douglas.

Adicionalmente, el Director de PREA o designado proporcionará educacion de PREA a los residentes de China Spring Youth Camp sobre la protección de abuso sexual o acoso sexual. El curriculo será diseñado para ser apropiado por la edad y tomar en consideración cualquier limitación el residente puede tener.

### Servicios de Apoyo Emocional/Defensa de victimas

#### Interno:

Residentes son introducidos a la Psicología del Campamento durante las primeras catorce (14) días. La Psicología puede proporcionar apoyo interno y también ser un residente defensor a petición.

Si gustaría hablar con la Psicología, por favor haga esta solicitud con su administrador de casos y ellos escribirán una remisión por ti.

### **Externo:**

Si desea servicios de apoyo emocional fuera de la instalación, por favor solicite un defensor a través de su administrado de casos. El Consejo de apoyo de campamentos y familias trabajan colaborativamente para satisfacer las necesidades de los residentes. Una vez que se establezca un abogado, residentes pueden contactar los por una cita a través de su administrador de casos, correo, o usando la preprogramado línea de PREA.

*\*Nota Importante: Servicios de apoyo de diferentes condados en Nevada está publicado en el dormitorio. También vas a recibir una copia de esta información a la ingesta. Esto y cualquier otra información relacionado a tus derechos de PREA se le proporcionará a petición.*

### **¿Que pasa despues de que hago un reporte?**

Acción inmediata se tomarán para proteger un residente al conocer un riesgo potencial. La instalación tomará las precauciones necesarias para mantener los residentes seguros. Esto puede incluir, pero no es limitado a cambiar una asignación de cuarto o reasignación de un miembro de personal.

- Dependiendo en las circunstancias y naturaleza del reporte, usted será entrevistado y recibir una conclusión formal durante (90) días del informe que se presenta.
- Usted puede tener acceso razonable a un abogado, padre/tutor, agente de libertad condicional o otro apoyo o servicios de soporte.
- Servicios de seguimiento será proporcionado en un evento que el abuso sexual ha ocurrido, gratis.

### **Educación de Residentes**

Como residente de la instalación, usted va recibir educación continuada sobre el abuso sexual o acoso sexual. Usted también va tener acceso a educación y material para reportar al corriente de el dormitorio.

Mi firma abajo confirme que he sido informado de la Política de cero tolerancias de China Spring YouthCamp respect a el abuso sexual y acoso sexual y sere libre de represalias por reportar tales incidentes y con respect a la política y procedimientos de la instalación por responder a tales incidentes. Reconozco que al ingerir, a revisado el video, "What You Need to Know about PREA." También entiendo que si report falsamente con la intención de manipular la política de informes, hasta incluyendo el fracaso de la colocación puede ocurrir.

---

Firma de Residente

---

Fecha

**DEPO-PROVERA INJECTION CONSENTIMIENTO Y FORMULARIO DE LIBERACION  
 (para mujeres)**

Nombre del joven: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El programa del Campamento Juvenil Primavera de China incluye información sobre la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo. Además de ofrecer anticonceptivos a nuestra población femenina. Se les ofrecerá un curso educativo facilitado por la Enfermera de Salud Comunitaria del Condado de Douglas y después de la participación, se les ofrece un anticonceptivo de su elección.

En el programa, todos los anticonceptivos serán administrados por un profesional médico y se ofrece a su hija de forma gratuita. Si por alguna razón su hija no puede beneficiarse de uno de los anticonceptivos elegidos, discutiremos con ella otras opciones anticonceptivas.

Cuando su hija sea dada de alta del Campamento Juvenil Primavera de China, la ayudaremos a establecer un calendario para que siga recibiendo los anticonceptivos en su comunidad de origen anticonceptivos en su comunidad de origen.

Puede obtener más información sobre cualquier anticonceptivo poniéndose en contacto con la Administración del Campamento, que puede remitirle a un profesional médico.

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre, o he sido designado (nombre en letra de imprenta) tutor legal por orden judicial, del joven arriba mencionado.

Reconozco que el joven arriba mencionado participará en el Programa Anticonceptivo del Campamento Juvenil de Primavera en China anticonceptivos.

Declaro, además, que el joven arriba mencionado es físicamente capaz de participar en el Programa de Anticoncepción.

Al firmar este formulario, comprendo y acepto los riesgos potenciales relacionados con el uso de un anticonceptivo, y deseo seguir utilizando el método anticonceptivo que elija.

\_\_\_\_\_  
 Firma Joven

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Al firmar abajo, usted reconoce que su hija recibirá educación anticonceptiva y que se le ofrecerá y consentirá que se le ponga un anticonceptivo de su elección mientras esté en Campamento Juvenil de China Spring.

\_\_\_\_\_  
 Padre/Guardiante Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha