



Campamento Juvenil China Spring

Paquete de Colocación

**SECCIÓN PARA SER ENTREGADA A LOS
PADRES/TUTORES LEGALES**



Hemos sido informados de que su hijo(a) ha sido asignado(a) al Campamento Juvenil China Spring. Con el fin de facilitar el proceso de admisión, solicitamos que los siguientes documentos sean completados y entregados al oficial de libertad condicional de su hijo(a) antes de su llegada.

Entendemos que esta puede ser la primera vez que su hijo(a) estará fuera de casa por un período prolongado. Debido a esto, comprendemos que usted pueda tener inquietudes sobre lo que hacemos en China Spring. Antes de solicitar información detallada sobre su hijo(a), tómese un momento para explicar qué es el programa China Spring y qué pueden esperar usted y su hijo(a).

El Campamento Juvenil China Spring es un programa basado en el progreso, donde el comportamiento del joven y su cumplimiento de las reglas determinarán la duración de su permanencia en el programa. Estamos dedicados a ayudar a jóvenes infractores de nivel medio, entre las edades de 12 y 18 años, a desarrollar habilidades, conocimientos y experiencias que promuevan la salud y la resiliencia; detener la progresión de problemas causados por conductas delictivas; interpretar y evitar patrones de comportamiento de alto riesgo en un entorno emocionalmente seguro, cómodo, desafiante y de apoyo.

No tenemos barrotes en las ventanas ni cerraduras en las puertas. Contamos con alarmas y políticas de seguridad, pero nuestra filosofía se basa en el honor, la confianza y la responsabilidad. Estamos comprometidos a ayudar a su hijo(a) a definir quién es y qué hará cuando sea liberado. Proporcionamos estructura y programas para ayudar a su hijo(a) a convertirse en un miembro productivo de su familia y comunidad.

El personal está disponible para ayudarle a usted y a su hijo(a). El Administrador de Caso es la persona responsable de coordinar el tratamiento de su hijo(a), y se le asignará uno a su llegada. El Administrador de Caso será el miembro del personal con quien usted tendrá más contacto. Se espera que su hijo(a) siga las reglas de China Spring, lo cual le ayudará a progresar en el programa. Tenga en cuenta que este programa se enfoca en el progreso en lugar de un período de tiempo fijo. La participación activa de los padres es vital para el éxito de su hijo(a), y estamos comprometidos a involucrarle durante todo el tiempo que permanezca en el campamento. Juntos podemos crear un entorno de apoyo que fomente el crecimiento y el desarrollo.

A continuación, se presenta una lista de servicios y programas proporcionados por el campamento:

Servicios Médicos

Su hijo(a) recibirá atención médica, de la vista y dental que se considere en su mejor interés y que será indicada por la enfermera y/o el médico de nuestras instalaciones. Es posible que se le facture por servicios proporcionados por entidades médicas externas que atiendan a su hijo(a). Si en algún momento su hijo(a) se siente enfermo(a), deberá notificar a un miembro del personal. Ellos evaluarán inmediatamente a su hijo(a) por problemas menores e iniciarán una referencia a la enfermera del centro si es necesario. El joven también puede solicitar atención de enfermería en cualquier momento durante su estancia en el Campamento Juvenil China Spring. La enfermera del centro atiende solicitudes médicas menores dos veces por semana. En caso de que su hijo(a) necesite atención médica seria, será referido(a) al médico del centro. En todos los casos en que se haga una referencia a un médico, usted será notificado(a) y se le pedirá que proporcione transporte a una cita médica para su hijo(a). También podremos ayudar a encontrar un centro adecuado para las necesidades dentales y de la vista de su hijo(a), lo cual variará según su situación específica. Si se presenta una emergencia o no puede proporcionar transporte, un supervisor del centro podrá transportarlo(a), dependiendo de la disponibilidad del personal. Por esta razón, la hoja de información médica adjunta debe completarse en su totalidad. Por favor informe al centro de cualquier problema médico que su hijo(a) tenga antes de que se brinde el servicio. Los costos no cubiertos por el seguro serán responsabilidad del padre/madre/tutor. Todas las recetas médicas serán surtidas en la farmacia de Walmart. Se contará con la colaboración de los padres para ayudar con los gastos médicos y de visión, así como con el transporte cuando su hijo(a) esté en la etapa de transición del programa. A medida que la transición regrese a su cuidado, usted será responsable de cubrir todas las necesidades médicas. Será su responsabilidad proporcionar medicamentos de venta libre (OTC) durante las visitas a casa en la última etapa del programa. Si su hijo(a) está tomando medicamentos recetados que requieren manejo mensual por un profesional, será atendido(a) por nuestro personal.

contratado. Usted puede participar en estas visitas si desea involucrarse. Cualquier cambio propuesto en los medicamentos requerirá su consentimiento por escrito.

Costos Médicos. Tenga en cuenta que el padre, madre o tutor será responsable de los costos asociados con el tratamiento y los servicios de cualquier condición de salud que existiera antes de la asignación del menor al Campamento Juvenil China Spring, independientemente de si su seguro cubre los servicios durante la estancia del menor en el campamento. Dependiendo de las circunstancias, otros costos médicos también pueden ser facturados al padre, madre o tutor. Cuando sea posible, el campamento trabajará con usted para registrar a su hijo(a) como paciente con nuevos proveedores y programar citas. Generalmente, usted recibirá la factura directamente del proveedor.

Programa Educativo. Su hijo(a) deberá participar en un programa educativo como parte de su plan de tratamiento individual. El programa educativo es operado por el Distrito Escolar Douglas County a través de la Escuela Secundaria Jacobsen. Los créditos que su hijo(a) obtenga serán transferibles a la escuela a la que asista después de salir de la institución.

El personal de la Escuela Secundaria Jacobsen, con la colaboración del Administrador de Caso de su hijo(a), desarrollará metas educativas. Su hijo(a) realizará una evaluación al ingresar a la institución. Esta evaluación, junto con una revisión de su historial académico, una entrevista personal con su hijo(a), su opinión y la del propio menor, se utilizarán para elaborar el plan educativo más adecuado.

Programa de Naturaleza. Un programa de naturaleza promueve el crecimiento personal a través de actividades al aire libre, trabajo en equipo y desarrollo de habilidades, fomentando la resiliencia, el autodescubrimiento y la conexión con la naturaleza. Su hijo(a) puede participar en este programa, el cual incluye actividades como senderismo, natación, campamento, pesca, rafting, construcción de senderos, caminatas con raquetas de nieve y esquí de fondo.

Sistema de Desarrollo Juvenil. El programa básico de la institución, llamado Sistema de Desarrollo Juvenil, se basa en principios psicosociales del desarrollo adolescente. Este sistema está diseñado para ayudar a su hijo(a) a aprender, crecer y experimentar progreso, al mismo tiempo que proporciona un sistema de recompensas e incentivos para los comportamientos que queremos reforzar. El Sistema de Desarrollo Juvenil está orientado a lograr cambios positivos en las actitudes, valores, procesos de pensamiento y comportamiento de su hijo(a).

El Campamento Juvenil China Spring utiliza un sistema para dar seguimiento al progreso de su hijo(a) dentro de este programa, el cual está dividido en tres etapas. Estas etapas están diseñadas para proporcionar estructura, orientación, apoyo y retroalimentación sobre el comportamiento y progreso del menor. También buscan otorgar mayores responsabilidades y privilegios, mantener la motivación y aumentar la autoestima a medida que su hijo(a) avanza en el programa y se prepara para su eventual regreso a la comunidad.

Etapas de Orientación. La etapa de orientación se refiere a la fase inicial en la que su hijo(a) se adaptará al entorno de China Spring. Durante este tiempo, aprenderá nuevas rutinas, desarrollará relaciones con el personal y conocerá las reglas y expectativas del campamento. Esta etapa es fundamental para establecer un sentido de seguridad, pertenencia y las bases para el crecimiento y desarrollo personal durante el programa. Se espera que su hijo(a) permanezca en la etapa de orientación aproximadamente entre 30 y 45 días.

Es importante tener en cuenta que mientras su hijo(a) se encuentre en la Etapa de Orientación, no tendrá contacto telefónico ni visitas hasta que haya permanecido allí por 30 días o sea promovido(a) a la siguiente etapa, lo que ocurra primero. Sin embargo, se le anima a su hijo(a) a escribir cartas a su familia y puede recibir cartas desde su primer día en la institución.

Además, el día en que su hijo(a) llegue al campamento, usted recibirá una llamada telefónica del Administrador de Caso asignado y de su hijo(a) informándole sobre su llegada, y tendrá la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el programa.

Etapas de Ajuste. Se espera que su hijo(a) participe activamente en actividades de desarrollo personal, guiadas por su plan de tratamiento individualizado. Esto incluye:

- **Desarrollo de habilidades:** Enfoque en desarrollar habilidades específicas a través de diversos programas y talleres adaptados a sus necesidades.
- **Trabajo en equipo y colaboración:** Énfasis en trabajar en grupo para mejorar la comunicación y la cooperación.
- **Autorreflexión:** Se anima a los participantes a reflexionar sobre sus experiencias, establecer metas personales e identificar áreas de crecimiento según su plan de tratamiento.
- **Aumento de responsabilidad:** Se brindan oportunidades para que los participantes asuman mayores responsabilidades, promoviendo la independencia y la responsabilidad personal.
- **Crecimiento emocional:** Fomentar la resiliencia emocional mediante el manejo de desafíos y el aprendizaje para gestionar las emociones de manera efectiva, en alineación con sus objetivos terapéuticos.

En general, esta fase tiene como objetivo profundizar su participación y facilitar un desarrollo personal y social significativo, mientras se asegura el progreso continuo en su plan de tratamiento.

Etapas de Transición. El objetivo de la etapa de transición, en la que su hijo(a) puede regresar a casa los fines de semana, es facilitar la integración de las habilidades aprendidas en el campamento al entorno del hogar.

- **Refuerzo de habilidades:** Permitir que el joven practique estrategias de afrontamiento y habilidades interpersonales con miembros de la familia.
- **Participación familiar:** Fomentar la comunicación abierta y la participación de la familia en el proceso de tratamiento para fortalecer los sistemas de apoyo.
- **Aplicación en la vida real:** Brindar oportunidades para que el joven aplique lo aprendido en un entorno familiar, ayudándolo a adaptar sus nuevas habilidades a la vida cotidiana.
- **Monitoreo del progreso:** Evaluar qué tan bien el joven puede manejar los desafíos en casa, lo que ayuda a planificar futuras etapas del tratamiento.
- **Construcción de confianza:** Aumentar la autoestima a medida que el joven demuestra su capacidad para desenvolverse en casa utilizando conductas positivas.

Programa de Liderazgo. El Programa de Liderazgo es donde algunos residentes seleccionados demuestran que están listos para asumir mayores responsabilidades y servir como mentores de sus compañeros. No todos los residentes llegan a esta etapa, ya que requiere:

- **Crecimiento demostrado:** Los participantes deben mostrar avances significativos en el desarrollo personal, la regulación emocional y las habilidades interpersonales.
- **Mentoría entre compañeros:** Se anima a los residentes en esta etapa a guiar y apoyar a otros, fomentando un sentido de comunidad y trabajo en equipo.
- **Habilidades de liderazgo:** Participación en actividades que fortalecen habilidades como la resolución de problemas, la toma de decisiones y la resolución de conflictos.
- **Ejemplo a seguir:** Actuar como modelos positivos para residentes más jóvenes o con menos experiencia, demostrando los valores y comportamientos promovidos en el programa.

- **Establecimiento de metas:** Colaborar con el personal para establecer metas personales y profesionales avanzadas, promoviendo su desarrollo continuo.

Contrabando

Su hijo(a) no puede estar en posesión de ningún artículo que no esté específicamente detallado en la lista de pertenencias requeridas en este paquete. Entendemos que puede haber ocasiones en las que desee traer o enviar a su hijo(a) "obsequios" o regalos, pero no se le permitirá recibirlos. La administración o los consejeros le darán instrucciones especiales a seguir durante los días festivos. **No se hacen excepciones para cumpleaños u otras ocasiones.** Su hijo(a) no puede portar ni tener en su posesión dinero, comida, chicles ni cualquier otro artículo no aprobado por la administración del centro.

Visitas

Durante la estancia de su hijo(a), usted tendrá un papel activo en su programa de tratamiento. Por lo tanto, los privilegios de visita se ofrecen de manera coherente con el comportamiento y el progreso de su hijo(a) en su plan de tratamiento. Las visitas familiares en las instalaciones se limitarán únicamente a padres, abuelos y/o tutores legales. Se permitirán visitas una vez por semana si el residente no es elegible para un pase a casa. El Administrador del Caso llamará para informarle el horario de visitas. Su presencia en la instalación debe ser aprobada previamente a través del Administrador del Caso.

Las excepciones a las pautas de visita rara vez se conceden y deben solicitarse al Administrador del Caso. Debido a la demanda de recursos, **la llamada telefónica de su hijo(a) se limitará a diez minutos** y será iniciada por el personal del campamento. Al igual que con las visitas en persona, su hijo(a) solo podrá hablar con padres, abuelos, tutores legales y defensores designados por el tribunal.

Curso de Sistemas Familiares (Gestión de Casos Específicos / Participación Familiar)

Tanto a usted como a su hijo(a) se les asignará un administrador de casos. La gestión de casos está diseñada para apoyar a los jóvenes mediante la coordinación de servicios adaptados a sus necesidades individuales:

- **Evaluación:** Identificar las necesidades y fortalezas específicas del joven y su familia.
- **Planificación:** Desarrollar un plan de servicio integral que describa los objetivos y los recursos necesarios.
- **Coordinación:** Conectar a las familias con diversos servicios, como apoyo a la salud mental, recursos educativos y programas comunitarios.
- **Monitoreo:** Revisar regularmente el progreso y ajustar el plan según sea necesario para garantizar su eficacia.
- **Defensoría:** Actuar como enlace entre el joven, la familia y los proveedores de servicios para asegurar que el joven reciba la atención adecuada.

El Grupo de Apoyo para Padres se reúne todos los viernes de 5 pm a 6 pm en el Campamento para brindar un entorno de apoyo para los padres y tutores. Este grupo ofrece un espacio para compartir experiencias, desafíos y éxitos relacionados con los procesos de sus hijos. Dirigidas por facilitadores capacitados, las discusiones se centran en estrategias de comunicación efectiva, mecanismos de afrontamiento y recursos disponibles para apoyar a las familias. Los participantes pueden conectarse con otros similares que enfrentan situaciones, fomentando un sentido de comunidad y comprensión. El grupo tiene como objetivo empoderar a los padres, mejorar sus habilidades de apoyo y fomentar enfoques colaborativos para promover el crecimiento y el bienestar de sus hijos durante su estancia en el Campamento. La participación es obligatoria y se informa a Libertad Condicional ya los Tribunales mensualmente.

Correo

A su hijo(a) se le permitirá mantener correspondencia con padres/tutores, familiares, abogados, defensores designados por el tribunal y su oficial de libertad condicional. La dirección de correo es:

1640 US Hwy 395 N #2605 Minden, NV 89423

Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en comunicarse con la instalación. Sus preguntas o inquietudes se dirigirán a las personas más capacitadas para resolver el asunto.

HORARIO DIARIO

El siguiente es un ejemplo del horario que su hijo(a) seguirá en un día cualquiera:

- Despertar: 6:00 am
- Desayuno y toma de medicamentos: 6:15 am a 6:55 am
- Tareas (quehaceres) y/o Terapia grupal: 6:30 am a 7:15 am
- Inicio de clases y/o Terapia grupal: 7:20 am a 11:20 am
- Almuerzo y toma de medicamentos: 11:25 am a 12:00 pm
- Reanudación de clases: 13:30 a 14:30
- Terapia grupal / Acondicionamiento físico: 2:30 pm a 5:00 pm
- Cena y toma de medicamentos: 5:00 pm a 6:00 pm
- Tiempo libre / Asesoramiento: 6:00 pm a 7:00 pm
- Duchas / Tareas: 19:00 a 20:00 horas
- Higiene, relajación y toma de medicamentos: 8:00 pm a 9:00 pm
- Apagado de luces: 9:00 pm

REGLAS DE VISITA

Por favor, recuerde que este es un entorno controlado y las reglas son necesarias para mantener una instalación segura.

1. Se requiere **identificación con foto** (ej. Licencia de conducir) al llegar.
2. **Las visitas de los viernes son de 4:00 pm a 5:00 pm** para ambas instalaciones.
3. SOLO se permite la visita de **padres, abuelos o tutores**.
4. No se permitirá la entrada a la propiedad de la instalación a ningún visitante bajo la influencia de **sustancias embriagantes**. Se notificará a las autoridades locales.
5. Todos los visitantes están sujetos a **registro/inspección**.
6. No se permiten visitantes no autorizados en los terrenos de la instalación.
7. Los visitantes deben estacionarse en el área de estacionamiento designada.
8. El Administrador del Caso (Case Manager) le informará a dónde ir para la visita.
9. Los visitantes **no pueden dar nada directamente a un residente**. Si tiene algo para un residente, debe entregárselo al personal inmediatamente a su llegada.
10. **Lo siguiente NO está permitido bajo ninguna circunstancia:**
 - Comida
 - Bebidas (esto incluye botellas de agua)
 - Teléfonos celulares
 - Armas
 - Medicamentos recetados
 - Drogas ilícitas
 - Carteras o bolsos
11. China Spring es una instalación **PARA NO FUMADORES** conforme a la ley NRS 202.2491.
12. Debe proporcionar la información de su vehículo, incluyendo el número de placa, al llegar.

Aviso importante: Las violaciones de las reglas de visita resultarán en la pérdida de futuras visitas, pases u otros privilegios, ya sea para usted como tutor o para su hijo(a). Las reglas se conocen claramente y no se tolerarán infracciones.

Lista de Suministros y Pertenencias Personales

1. **Toda la ropa debe ser de la talla adecuada para su hijo(a);** no se aceptará ropa holgada. La ropa debe ser sencilla y **sin logotipos** . Por favor, evite logotipos grandes y coloridos en los zapatos. Todos los artículos deben ser de color **negro, gris o blanco (neutros)** .
2. Todos los artículos de higiene deben estar en **envases de plástico, no ser en aerosol y no contener alcohol** . Se desaconsejan los aromas de perfumes y los artículos caros, y es probable que sean rechazados. Los artículos deben tener las etiquetas intactas. **No se aceptan medicamentos de venta libre** sin una orden médica vigente.

Por favor, suministre lo siguiente para el joven durante la duración de su estancia:

Higiene / Salud	Materiales de Escritura / Varios	Calzado	Ropa
Desodorante (3)	Lápices (1 paquete, sin mecánicos)	Pantuflas (1 par)	Pantalones de deporte/sudaderas (2)
Champú (2)	Resaltadores/ Marcadores (2)	Botas de trabajo - sin punta de acero (1 par)	Sudadera - sin capucha (2)
Acondicionador (2)	Carpeta blanca (3)	Guantes de trabajo (1 par)	Pantalones cortos de descanso (2)
Pasta de dientes (3)	Papel (3 paquetes) sin espiral	Tenis para correr (1 par) <i>Priorizar</i>	Calcetines deportivos (12)
Cepillo de dientes (1)	Fotos familiares (5)	Chanclas para ducha (1 par)	Ropa interior (12)
Jabón en barra (2)	Peluche - pequeño		Camisetas / Playeras (7)
Jabonera (1)			Pijamas - modestas (2)
Jabón líquido corporal (2)			Abrigo de invierno - estacional (1)
Loción (1)			Gorro (para el frío) - estacional (1)
Bálsamo labial (6)			Gorra de béisbol o sombrero de pescador (1)
Kleenex (1)			Traje de baño - estacional (1)
Toalla (2)			Brasier - sin varillas
Paño para lavarse (2)			Ropa térmica arriba y abajo (2) <i>Si es invierno</i>
Peine o Cepillo (1)			Guantes de invierno (1) <i>Si es invierno</i>

Higiene / Salud	Materiales de Escritura / Varios	Calzado	Ropa
Jabón facial - contra el acné está bien			
Ligas para el cabello (1 pq. sin metal) <i>si aplica</i>			
Higiene femenina (2) <i>si aplica</i>			
Suministro para 30 días de medicamentos recetados			

Lista de Ropa Adicional

- 7 Camisetas interiores (negro/blanco/gris/canela)
- 7 Pares de ropa interior (negro/blanco/gris/canela)
- 7 Pares de calcetines (negro/blanco/gris)
- 2 suéteres
- 2 pantalones de deporte (pantalones deportivos)
- 2 Pantalones cortos atléticos (negro/gris)
- 1 Pantalón de pijama
- 1 Chaqueta de invierno
- 1 Gorro (gorro o gorra de béisbol, según la temporada)
- 1 Traje de baño

Artículos específicos para el dormitorio de niñas:

- 2 Brasiers sin varillas (negro, blanco, gris, canela)
- 2 Brasiers deportivos (negro, blanco, gris, canela)

PRÁCTICAS DE HIPAA

Efectivo desde agosto de 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVISELO CUIDADOSAMENTE

Usted recibe este aviso de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), una ley federal que rige la privacidad de su información de salud. China Spring Youth Camp brinda servicios limitados de atención médica a los jóvenes a través de profesionales médicos contratados.

¿Quién seguirá este aviso?

Este aviso describe las prácticas de privacidad de la información seguidas por China Spring Youth Camp.

Su información de salud

Este aviso se aplica a la información y los registros que tenemos sobre su salud, estado de salud y los servicios de atención médica que puede recibir mientras se encuentre en China Spring Youth Camp. Estamos obligados por ley a entregarle este aviso sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud

Para tratamiento: Nosotros, junto con cualquier médico u otros profesionales médicos que le brinden atención, podemos usar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Ellos pueden divulgar información de salud sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal involucrado en su cuidado.

Por ejemplo, su médico puede estar tratándolo por una afección cardíaca y necesita saber si tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historial médico para decidir qué tratamiento es mejor para usted.

Diferentes miembros del personal en sus oficinas pueden compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan en la oficina para coordinar su atención, como llamar a su farmacia para solicitar recetas, programar análisis de laboratorio y ordenar radiografías. Los familiares y otros proveedores de atención médica pueden ser parte de su médico fuera de esta oficina y pueden requerir información sobre usted que nosotros poseemos.

Para el pago

Nosotros, junto con cualquier médico y otros profesionales médicos que le brinden atención, podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para que el tratamiento y los servicios, incluidos aquellos recibidos en China Spring Youth Camp, puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado de usted, de una compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos dar información sobre un servicio que recibió al administrador de su plan de salud para que su plan nos pague o le reembolse por el servicio. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para operaciones de atención médica

Nosotros, junto con cualquier médico y otros profesionales médicos que le brinden atención, podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para operar nuestras instalaciones y asegurarnos de que reciba una atención de calidad. Por ejemplo, su información de salud puede usarse para evaluar el desempeño del médico personal contratado por China Spring Youth Camp para cuidarlo. La información de salud sobre todos o muchos de nuestros residentes también puede usarse para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son efectivos.

Recordatorios de citas Podemos comunicarnos con usted como recordatorio de que su hijo(a) tiene una cita para tratamiento o atención médica en la oficina.

Alternativas de tratamiento Podemos informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

Productos y servicios relacionados con la salud Podemos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Por favor, notifíquenos si no desea ser contactado para recordatorios de citas, o si no desea recibir comunicaciones sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si nos avisa por escrito (a la dirección que figura al principio de este Aviso) que no desea recibir dichas comunicaciones, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estas multas. Tenga en cuenta que su información no se compartirá con fines de marketing ni se venderá sin su permiso por escrito.

Usted puede revocar su divulgación de información de acuerdo con las políticas anteriores en cualquier momento mediante un aviso por escrito. Su revocación será efectiva cuando la recibamos, pero no se aplicará a los usos y divulgaciones que ya hayan ocurrido. Si revoca su consentimiento, no podremos usar ni divulgar su información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y, por lo tanto, podemos optar por dejar de brindarle tratamiento y servicios de atención médica.

SITUACIONES ESPECIALES

Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted sin su permiso para las siguientes multas, sujetos a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:

Para abordar problemas de salud o seguridad pública Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Podemos divulgar información de salud sobre usted por motivos de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o informar nacimientos, defunciones, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

Requerido por la ley Divulgaremos información de salud sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

Investigación Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si estará involucrado en su atención en la oficina.

Donación de órganos y tejidos

Aquí tienes la traducción de esta sección del documento:

Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, es posible que el mando militar u otras autoridades gubernamentales nos exijan divulgar información de salud sobre usted. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Indemnización por Accidentes de Trabajo (Workers' Compensation) Podemos divulgar información de salud sobre usted para programas de indemnización por accidentes de trabajo o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de Supervisión de la Salud Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones o multas de otorgamiento de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y Disputas Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación (citación).

Cumplimiento de la Ley Podemos divulgar información de salud si un oficial de la ley nos lo solicita en respuesta a una orden judicial, citación, orden de registro, comparecencia o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

Médicos Forenses y Directores de Funerarias Podemos divulgar información de salud a un juez o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

Información No Identificable Personalmente Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted.

Familia y Amigos Podemos divulgar información de salud sobre usted a sus familiares o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de objetar dicha divulgación y usted no presenta una objeción. También podemos divulgar información de salud a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias, basándonos en nuestro juicio profesional, que usted no objetaría. Por ejemplo, podemos asumir que acepta la divulgación de su información de salud personal a su cónyuge cuando trae a su cónyuge con usted a la sala de examen durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento.

En situaciones en las que usted no sea capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), podemos, utilizando nuestro juicio profesional, determinar que una divulgación a su familiar o amigo es en su mejor interés. En esa situación, divulgaremos solo la información de salud relevante para la participación de la persona en su atención. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que sufrió un ataque al corazón y proporcionarle actualizaciones sobre su progreso y pronóstico. También podemos usar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables, que sean en su mejor interés, para permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas surtidas, suministros médicos o radiografías.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún otro propósito que no sean los identificados en las secciones anteriores sin su Autorización específica y por escrito. Debemos obtener su Autorización por separado de cualquier Consentimiento que hayamos obtenido de usted. Si nos da su Autorización para usar o divulgar información de salud sobre usted, puede revocar esa Autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su Autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por los motivos cubiertos por su Autorización por escrito, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya se haya realizado con su permiso.

Si tenemos información sobre el VIH o el abuso de sustancias de usted, no podemos divulgar esa información sin una autorización especial firmada y por escrito (diferente de la Autorización y el Consentimiento mencionados anteriormente) de su parte. Para divulgar este tipo de registros con multas de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, tendremos que contar tanto con su consentimiento firmado como con una Autorización especial por escrito, que cumpla con la ley que rige los registros de VIH o abuso de sustancias.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

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

Derecho a Inspeccionar y Copiar Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información de salud, como los registros médicos y de facturación, que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe presentar una solicitud por escrito para inspeccionar y/o copiar su información de salud. Si solicita una copia de la información, es posible que cobremos una tarifa por los costos de copiado, envío u otros suministros asociados. Podemos denegar su solicitud de inspección y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso, puede solicitar que se revise la denegación. Si la ley requiere tal revisión, seleccionaremos a un profesional de la

salud con licencia para revisar su solicitud y nuestra denegación. La persona que realice la revisión no será la misma que denegó su solicitud, y cumpliremos con el resultado de dicha revisión.

Derecho a Enmendar Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos dicha información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por esta oficina.

Para solicitar una enmienda, complete y envíe un Formulario de Enmienda/Corrección de Registro Médico. Podemos negar su solicitud si no se presenta por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide enmendar información que:

1. No fue creado por nosotros, a menos que la persona/entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda;
2. No forma parte de la información de salud que conservamos;
3. Usted no tendría permitido inspeccionar y copiar;
4. Es exacta y completa.

Derecho a un Informe de Divulgaciones Usted tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de salud. Para obtener esta lista, debe presentar su solicitud por escrito. La solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede incluir fechas de más de seis años anteriores a su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). Es posible que cobremos por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se genere cualquier costo.

Derecho a Solicitar Restricciones Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información de salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información de salud que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que tuvo. No estamos obligados a aceptar sus restricciones solicitadas. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, puede completar y enviar el "Formulario de solicitud de restricción en el uso/divulgación de información médica".

Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que solo lo contactemos en el trabajo o por correo postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y enviar la Solicitud de Restricción en el Uso/Divulgación de Información Médica y/o Comunicación Confidencial. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente, y puede pedirnos que le entreguemos una copia en cualquier momento. Para obtener dicha copia, comuníquese con el Director de China Spring Youth Camp.

Derecho a elegir a alguien que actúe por usted Si usted ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos un resumen del aviso vigente en la oficina con su fecha de entrada en vigor en la esquina superior derecha. Usted tiene derecho a una copia del aviso que esté actualmente en vigor.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestra oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. UU. Puede encontrar más información visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con el Director de China Spring Youth Camp. No será penalizado por presentar una queja.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en o administran los programas del USDA, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retribución por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las **personas con discapacidades** que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relevos al **(800) 877-8339** . Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al **(866) 632-9992** . Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

1. **Correo:** Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Avenida Independencia, Suroeste Washington, DC 20250-9410
2. **Fax:** (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Atención Padres: Las páginas 1 a 14 de este paquete son para que usted las conserve. Las siguientes páginas deben ser revisadas, firmadas y enviadas a la Oficina de Libertad Condicional Juvenil para ser entregadas al Campamento en el momento del ingreso.

**"Esta sección contiene formularios para ser
completados por el padre/tutor y
entregados al campamento antes o al
momento del ingreso por el JPO".**



CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a **China Spring Youth Camp** , una entidad del Condado de Douglas, a utilizar y divulgar mi información médica para fines de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica.

El Tratamiento incluye actividades realizadas por un proveedor de atención médica, enfermero, personal de oficina y otros tipos de profesionales de la salud que le brindan atención, coordinan o gestionan su atención con terceros, y consultas con y entre proveedores de atención médica. Este consentimiento incluye el tratamiento proporcionado por un médico que presta servicios telefónicos como médico de guardia.

El Pago incluye las actividades involucradas en determinar su elegibilidad para la cobertura del plan de salud, la facturación y la recepción del pago de sus reclamaciones de beneficios de salud, y las actividades de gestión de utilización, que pueden incluir la revisión de los servicios de atención médica por necesidad médica, justificación de cargos, precertificación y preautorización.

Las Operaciones de Atención Médica incluyen las funciones administrativas y comerciales necesarias de China Spring Youth Camp y las oficinas de los profesionales médicos con quienes contratamos.

Usted tiene el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y con excepción de la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado la información basándonos en esta Autorización.

A menos que se revoque antes o se indique lo contrario, esta Autorización expirará a los 180 días de la fecha de la firma o permanecerá en vigor durante el período razonablemente necesario para completar la solicitud.

Puede revisar el "**Aviso de Prácticas de Privacidad**" , disponible a través del Director de China Spring Youth Camp, para obtener información adicional sobre los usos y divulgaciones de información descritas en este Consentimiento antes de firmarlo.

Debido a que nos hemos reservado el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo con la ley, los términos contenidos en el Aviso también pueden cambiar. Se publicará un resumen del Aviso en nuestra oficina indicando la fecha de vigencia del Aviso en la esquina superior derecha. Le proporcionaremos una copia del Aviso vigente en ese momento con su documentación de ingreso. También le proporcionaremos una copia del Aviso vigente a su solicitud.

Como se explica más detalladamente en el Aviso, usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, estamos obligados a cumplir con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Los médicos y otros profesionales médicos que brindan servicios en China Spring Youth Camp están obligados a usar y divulgar su información de salud protegida de acuerdo con el Aviso.

Entiendo que tengo el derecho de revocar este Consentimiento siempre que lo haga por escrito, excepto en la medida en que China Spring Youth Camp ya haya utilizado o divulgado la información basada en este Consentimiento. Además, entiendo que tengo el derecho de examinar el Aviso de Prácticas de Privacidad y recibir una copia de dicho Aviso a mi solicitud.

Firma del Residente o Persona Autorizada por la Ley | Fecha



HIPAA

CHINA SPRING YOUTH CAMP AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que mis registros están protegidos bajo las leyes federales, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (**HIPAA**), y las restricciones relativas a la confidencialidad de los registros de menores, según se describe en el Capítulo 62H de los NRS (Estatutos Revisados de Nevada), y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley o el reglamento dispongan lo contrario.

También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basándose en él, y en cualquier caso, este consentimiento vence automáticamente como se describe a continuación.

Entiendo que este consentimiento autoriza la transferencia de información escrita o verbal mencionada abajo. Renuncio, en nombre del niño mencionado anteriormente y de mí mismo, a todas las disposiciones legales relacionadas con la divulgación de información confidencial, y libero al Condado de Douglas y a China Spring Youth Camp de cualquier responsabilidad que pueda surgir de esta autorización.

POR LA PRESENTE AUTORIZO A:

A. Cualquier médico, hospital, institución, psicólogo, trabajador social, escuela o agencia estatal, del condado y federal que posea registros médicos, psiquiátricos, psicológicos, de caso social, educativos, vocacionales y/o de empleo, informes y/o evaluaciones pertinentes al residente nombrado abajo, para que divulguen dichos registros a **China Spring Youth Camp**, de modo que puedan procesar este caso para servicios médicos y/o servicios de tratamiento.

B. A China Spring Youth Camp para que divulgue a cualquier médico, hospital, institución, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, escuela o agencia estatal, del condado y federal, cualquier información perteneciente al residente nombrado abajo que pueda ser pertinente para una mejor comprensión y una evaluación más completa de este servicio médico y/o servicio de tratamiento.

C. A China Spring Youth Camp para preparar copias certificadas de esta autorización con el fin de obtener información de múltiples fuentes. Dichas copias deberán contener la declaración: "CERTIFICO QUE ESTA COPIA ES UNA COPIA FIEL DEL ORIGINAL", y estar certificadas como copia fiel por China Spring Youth Camp.

Se entiende por el abajo firmante que la autorización de divulgación contenida en este documento incluye información relativa a los servicios y beneficios relacionados que se hayan prestado o pagado bajo cualquier cobertura de seguro de salud aplicable o cualquier otro plan de protección de salud o médico, y cualquier información de este tipo en posesión de cualquier proveedor de cobertura de seguro de salud o médico perteneciente al residente de abajo podrá ser divulgada en China Spring Youth Camp.

Entiendo que esta autorización es válida mientras mi hijo/hija sea residente en China Spring Youth Camp y por un período de **un (1) año después del alta del niño**.

Residente | Padre/Tutor o Cuidador Primario

Estado de Nevada) Condado de _____) ss

El día ____ de 20__, ante mí, _____ (Nombre del Notario)



CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, padre o tutor legal del menor, _____, por la presente doy mi consentimiento para cualquier atención médica que el personal de **China Spring Youth Camp** y/o un proveedor de servicios médicos determinados necesarios para el bienestar de mi hijo mientras dicho menor esté bajo el cuidado de China Spring Youth Camp.

Además, doy mi consentimiento para la divulgación de información de identificación e historial médico al médico, enfermeros, médico personal de emergencia o al hospital que evalúe mi condición. También doy mi consentimiento para que el personal de China Spring Youth Camp le administre a mi hijo medicamentos recetados o de venta libre de forma diaria y/u ocasional.

Todos los medicamentos se administrarán de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta de los mismos. Este consentimiento terminará al momento del alto del programa. Además, doy mi consentimiento para que China Spring Youth Camp comparta comunicación con mi proveedor de salud actual, incluyendo, entre otros: médico, proveedor de salud mental, dentista/ortodoncista, optometrista, etc.

Firma del Padre/Tutor/Representante Autorizado | Fecha

Firma del Testigo | Fecha



HOJA DE INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

"Proporcione una copia legible de la parte delantera y trasera de las tarjetas de seguro de su hijo (incluyendo la dental y la de recetas médicas si son independientes)."

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

- **Compañía de Seguros:** _____
- **Nombre del Titular de la Póliza:** _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO *(Si su hijo está cubierto por otra compañía de seguros, complete lo siguiente)*

- **Compañía de Seguros:** _____
- **Nombre del Titular de la Póliza:** _____

COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS

- **Compañía de Recetas:** _____
- **Nombre del Titular de la Póliza:** _____

COBERTURA DENTAL

- **Compañía de Seguro Primaria:** _____
- **Nombre del Titular de la Póliza:** _____

AUTORIZACIÓN DE SEGURO

Yo, _____ (Nombre en letra de molde), autorizo y asigna a China Spring Youth Camp ya sus representantes a utilizar mi seguro para el beneficio de mi hijo/hija quien está cubierto bajo dicha póliza de seguro.

También entiendo que **soy financieramente responsable de cualquier costo no cubierto por el seguro**, incluyendo, entre otros: deducibles, montos de copago y servicios no cubiertos. De acuerdo con el NRS 62B.110, cuando un niño que está bajo la jurisdicción de la División Juvenil del Tribunal de Distrito recibe servicios auxiliares administrados o financiados por el Condado de Douglas, incluyendo, entre otros: transporte o servicios psiquiátricos, psicológicos o médicos, el condado tiene derecho a ser reembolsado por el padre del niño por tales servicios.

Firma del Tutor | Fecha



Formulario de Consentimiento para Medicamentos de Venta Libre

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: / / __

Alergias Conocidas: _____

Síntomas	Medicamento
Picazón, sarpullido	Crema de Hidrocortisona/Cortisona
Cortes menores, raspones, quemaduras.	Neosporina/Ungüento Antibiótico
Tratamiento de herpes labial (fuegos)	Campho-Phenique
Llagas orales, aftas	Orajel / Enjuague de agua con sal
Picazón/ardor en los pies	Crema antifúngica (hongos)
Picazón/ardor vaginal	Vagisil/Crema para picazón femenina
Quemaduras menores / Quemaduras de sol	Crema para quemaduras / Gel de Aloe Vera
Orzuelo, infección ocular	Crema/Ungüento para orzuelos
Acidez / Dolor de estómago	Antiácidos / Omeprazol (Requiere orden de enfermería)
Dolor de estómago relacionado con lácteos	Alivio para lácteos
Labios agrietados, piel muy seca.	Vaselina / Aquaphor
Dolor de garganta	Gárgaras de agua con sal / Pastillas para la garganta
Congestión nasal / Tos	Descongestionante nasal / Pastillas para tos y garganta
Resfriado y gripe (severo)	Tabletas para resfriado / Alka Seltzer
Alergias comunes (estornudos, ojos llorosos)	Alergia Plus Clorfen / Loratadina
Reacción alérgica leve (sarpullido, exagerado)	Difenhidramina (Benadryl)
Diarrea o síntomas de diarrea	Antidiarreico
Náuseas, vómito	Alivio estomacal (Alivio del estómago)
Inflamación, dolor, fiebre	Ibuprofeno o Tylenol
Estreñimiento, heces duras	Ablandador de heces / Laxante
Uñas encarnadas, heridas infectadas pies/manos	Sales de Epsom (Remojo)
Acné	Yodo o crema para manchas de acné

Síntomas	Medicamento
Ojos secos o irritados	Gotas para los ojos

Declaración Final:

Al firmar abajo, estás dando permiso al campamento para administrar los medicamentos marcados y confirmas que todas las alergias conocidas están listadas arriba. También libera al personal de responsabilidad por el uso de estas órdenes médicas estándar.

- **Firma del Cliente:** Firma del joven (cliente). _____
- **Padre/Tutor:** Firma del padre o tutor. _____
- **Testigo:** Firma de un testigo. _____



AVISO DE RESPONSABILIDAD POR DAÑOS

Reconozco que mi hijo/a será considerado financieramente responsable de cualquier daño que pueda causar a la propiedad del Condado de Douglas durante su residencia en **China Spring/Aurora Pines** . Esto incluye, pero no se limita a, cualquier daño intencional o no intencional a las instalaciones, el equipo o cualquier otra propiedad.

Entendiendo que el campamento evaluará el daño y determinará los costos asociados con las reparaciones o reemplazos. Esto garantizará que el campamento pueda mantener un entorno seguro y acogedor para todos los residentes.

Firma del Tutor: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE EXENCIÓN/AUTORIZACIÓN DE PUBLICIDAD

Información del Padre/Tutor Legal

- **Nombre (Letra de molde):** _____
- **Nombre del Niño (Letra de molde):** _____

Declaración de Permiso Por favor, marque una opción:

- ☐ **OTORGO** permiso para que el nombre o la imagen de mi hijo se utilicen en relación con actividades, incluyendo pero no limitado a: viajes a la naturaleza, deportes internos, deportes organizados o eventos caritativos, sociales o de publicidad asociados con China Spring/Aurora Pines.
- ☐ **NO OTORGO** permiso para el uso del nombre o la imagen de mi hijo en las actividades mencionadas anteriormente.

Al firmar este formulario, renuncia a cualquier restricción con respecto a la confidencialidad de los registros de menores, tal como se describe en NRS 62.355.

Firma del Tutor: _____ **Fecha:** _____



PROGRAMAS Y ACTIVIDADES: ACUERDO DE PERMISO, EXONERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Nombre del Niño: _____ Fecha: _____

Yo, _____ (Nombre del tutor en letra de molde), soy el padre o he sido designado tutor legal por orden judicial del niño menor de edad nombrado anteriormente.

Además, declara que el niño menor de edad nombrado anteriormente es esencialmente capaz de participar en las actividades seleccionadas a continuación: *(Ponga sus iniciales en los recuadros)*

- ☐ Doy permiso para que el niño menor participe en los **Programas y Actividades Recreativas** del Campamento, que incluyen, entre otros: fútbol, baloncesto, voleibol, béisbol, yoga, natación y otras actividades recreativas en el Campamento y la Comunidad.
- ☐ Además, doy permiso para que el niño participe en las actividades del **Programa de Vida Silvestre (Wilderness Program)**, que incluyen, entre otras: senderismo, montañismo básico, técnicas de supervivencia, natación, mochilazo, campamento, curso de cuerdas, esquí de fondo, raquetas de nieve, rafting, kayak y pesca, en el Campamento, áreas silvestres y parques de Nevada y California. Por lo tanto, doy permiso para que el personal del campamento lleve al menor al estado de California para participar en dichas actividades.
- ☐ Además, doy permiso para que el niño participe en las actividades, entrenamiento y cuidado de animales dentro del **Programa de Animales** del campamento, que incluye, entre otros: perros, aves y cualquier otro animal doméstico.

Se me ha informado de los diversos peligros a los que el menor puede estar expuesto, incluidos: condiciones climáticas severas, condiciones extremadamente exigentes y lesiones imprevistas causadas por animales. Reconozco que he sido informado de que el menor puede estar expuesto a entornos peligrosos para su persona o propiedad, incluyendo peligro de muerte o pérdida de extremidades. Entiendo que **soy el único responsable de cualquier costo médico** que resulte directa o indirectamente de la participación de mi hijo.

POR LO TANTO, habiendo sido plenamente informado de los peligros, por la presente, en nombre del menor, de mí mismo, mi cónyuge, herederos y representantes:

- Asumir los riesgos de la participación del hijo menor en dichos programas y asumir la plena responsabilidad por cualquier lesión personal, incluida la muerte, del hijo menor antes mencionado, que pueda ocurrir directa o indirectamente, asociada con la participación del hijo menor antes mencionado en los diversos programas mencionados anteriormente.
- Liberar y eximir total y para siempre a China Spring Youth Camp, al Condado de Douglas, al Tribunal del Noveno Distrito Judicial ya los funcionarios, empleados, agentes y servidores de estas entidades, de cualquier y toda reclamación, demanda, daño, derecho de acción o causa de acción, presente o futuro, ya sea conocida o desconocida, prevista o imprevista, resultante de o que surja de la participación del hijo menor antes mencionados en los diversos programas mencionados anteriormente, ya sea como resultado de la negligencia de las entidades antes mencionadas y sus agentes o de cualquier otra forma.
- Acepto indemnizar y mantener indemne a China Spring Youth Camp, al Condado de Douglas, al Tribunal del Noveno Distrito Judicial ya los funcionarios, agentes, empleados y servidores de estas entidades, con respecto a cualquier y toda reclamación, lesión y costo asociado con la participación de mi hijo en este(os) programa(s).
- Acepto defender y pagar los honorarios de cualquier abogado o los costos asociados como resultado de cualquier reclamo o acción interpuesta contra China Spring Youth Camp, el Condado de Douglas, el Tribunal del Noveno Distrito Judicial y los funcionarios, agentes, empleados y servidores de estas entidades, por cualquier acto o conducta por parte del hijo menor antes mencionado de cualquier tipo o

naturaleza, mientras se encuentre en, sobre o cerca de cualquier vehículo del Condado de Douglas, o en cualquiera de las premisas o instalaciones del Condado de Douglas.

- Acepto que es mi intención, habiendo leído y habiendo sido completamente informado de todo lo anterior, que este Acuerdo de Liberación e Indemnización tiene plena vigencia y efecto en cualquier momento después de la ejecución del mismo.
-

EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR NOTIFICAR A:

- **Nombre:** _____ **Nombre:** _____
 - **Número de Teléfono:** _____ **Número de Teléfono:** _____
-

- Acepto que, en caso de lesión o enfermedad, el personal del campamento tendrá la autoridad para actuar en el mejor interés del niño.
- **Parentesco con el niño:** _____
- **Firma del Padre / Tutor Legal:** _____ **Fecha:** _____
- **Dirección:** _____
- **Número de Teléfono:** _____

Fechado este día: ____ de _____ de 20__ a las ____ (hora).

[!IMPORTANT] **Nota al pie del formulario:** Se debe presentar una **identificación con foto válida** del solicitante y del padre o tutor (si corresponde), y se debe adjuntar una copia de la misma a este acuerdo.



FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PROGRAMA CHOICES

1) ¿Existe alguna limitación física que impida la participación total?

(Marca las casillas que corresponden)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Discapacidades• Diabetes,• Epilepsia/Convulsiones,• Condiciones Cardíacas.• Lesiones recientes,• Enfermedad reciente.• Alergias (Comida)• Alergias Medicamentos,• Alergias Insectos, etc• OTRO: _____ | <ul style="list-style-type: none">• Problemas Menstruales,• Enfermedades Venéreas (ETS),• Embarazo (Actual)• Embarazo Reciente),• Tuberculosis.• Migrañas,• Asma/Problemas Respiratorios.• Esguinces/Dislocaciones, | <ul style="list-style-type: none">• Conmoción/Lesión en la Cabeza,• Tos Crónica.• Presión Arterial Alta,• Dolor de Espalda.• Mojar la cama (Enuresis) / Incontinencia.• Mareos por movimiento,• Infecciones Urinarias. |
|--|--|--|

POR FAVOR EXPLIQUE CUALQUIER PROBLEMA ANTERIOR: (Fechas, frecuencia, gravedad, extensión de la limitación).

2) ¿Existen tendencias psicológicas de las que debamos estar conscientes?

(Miedo a las alturas o al agua, intentos de suicidio, adicción a drogas/alcohol, depresión, etc.)

3) Medicamentos recetados

Enumere todos los medicamentos recetados que el niño debe tomar, el médico que los recetó y la cantidad/frecuencia de administración. El personal guardará estos medicamentos durante el viaje. **POR FAVOR, ASEGÚRESE DE ENVIAR LOS MEDICAMENTOS DE SU HIJO CON ÉL, EN UNA CANTIDAD SUFICIENTE PARA QUE DUREN TODO EL VIAJE.**

4) Medicamentos de venta libre (Programa Wilderness)

El personal del Programa Wilderness lleva un kit de primeros auxiliares. Por favor, marque los medicamentos que usted, como padre o tutor legal, nos autoriza a administrar a su hijo en caso de enfermedad:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ☐ Acetaminofén (Tylenol) | <ul style="list-style-type: none">• ☐ Ibuprofeno (Advil, Motrin) |
|---|---|

- ☐ Difenhidramina (Benadryl)
- ☐ Dramamine (Para el mareo)
- ☐ Pepto-Bismol
- ☐ Roloids/Antiácido
- ☐ Pseudoefedrina (Sudafed)
- ☐ Mylanta/Laxante

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

5) Autorización de EPINEFRINA (EpiPen)

El personal ha sido capacitado para administrar epinefrina (un medicamento recetado) que revierte los efectos de una reacción alérgica grave (picaduras de abeja, alergias alimentarias). Solicitamos su permiso para administrarla en caso de una reacción alérgica que ponga en peligro la vida.

Nosotros/Yo: _____ damos permiso al personal del Programa Wilderness del CAMP para administrar EPINEFRINA a _____ en caso de una reacción alérgica sistémica.



INFORMACIÓN DEL MENOR Y FAMILIA

- Nombre del Joven: _____
- Número de Seguro Social: _____
- ¿Es su hijo/hija?: _____
- Fecha de Nacimiento: _____
- ¿Recibe ingresos actualmente? (SSI, etc.): [] Sí (mencione el monto) [] No
- Edad: _____ Grado escolar actual: _____
- Lugar de Nacimiento: _____
- Afiliación Religiosa: _____
- Raza/Etnicidad: _____
- Color de Cabello: _____ Estatura: _____ Tatuajes: _____
- Color de Ojos: _____ Peso: _____ Cicatriz: _____

DATOS DEL TUTOR EN EL MOMENTO DEL COMPROMISO

- Nombre del Tutor: _____ Parentesco: _____
- Fecha de Nacimiento del Tutor: _____
- Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
- Dirección Postal: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)
- Dirección Física: (Si es diferente a la postal)
- Empleo: _____ Número de Seguro Social: _____
- Licencia de Conducir #: _____ Estado: _____ Vencimiento: _____

(Nota: El formulario pide los mismos datos para un **Segundo Padre o Tutor** en la sección siguiente) .

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos de los Padres (Mensuales)	Gastos (Mensuales)
Bruto Mensual: _____	Pago de Casa/Renta: _____
Manutención Infantil: _____	Cuentas Médicas: _____
Asistencia Estatal: _____	Servicios (Luz, agua, etc.): _____

Ingresos de los Padres (Mensuales)	Gastos (Mensuales)
Cupones de Alimentos: _____	Cuentas Mensuales Adicionales: _____
Discapacidad: _____	

- ¿Es un hogar donde se habla español? (¿Hogar de habla hispana?): Sí / No

INFORMACIÓN DE VEHÍCULOS

Enumere todos los vehículos en los que conducir podría a las instalaciones para las visitas y que se utilizan para transportar al residente.

Marca	Modelo	Color	Placa # (Matrícula)
-------	--------	-------	---------------------



POLITICA DE CERO TOLERANCIA

China Spring Youth Camp tiene una política de tolerancia cero contra todas las formas de **abuso sexual y acoso sexual**. La protección de los jóvenes en las instalaciones es prioritaria, y todos los empleados, residentes, voluntarios y visitantes están sujetos a esta política.

¿Cómo reportar abuso o acoso sexual?

Los residentes tienen el derecho de reportar cualquier incidente libre de represalias o consecuencias negativas. Se puede hacer de las siguientes maneras:

1. **Hablar con el personal:** Informar a un miembro del personal de confianza, solicitar un supervisor o pedir hablar con un miembro de la Administración, quien acepta llamadas las 24 horas del día.
2. **Formulario de Quejas:** Complete un formulario de queja (inconformidad) y colóquelo en la caja de seguridad.
3. **Llamada privada:** Pedir al permiso personal para realizar una llamada telefónica privada a una de las agencias externas listadas durante el ingreso.
4. **Teléfono del dormitorio:** Usar el teléfono del dormitorio para marcar números preprogramados:
 - **Línea 1:** Línea interna de mensajes PREA para el Gerente de Cumplimiento.
 - **Línea 2:** Centro de Servicios para Víctimas (Apoyo Emocional) al 775-782-8692.
 - **Línea 3:** Centro de Llamadas de Crisis de Reno al 1-800-992-5757.
 - **Línea 4:** Investigaciones de la Oficina del Sheriff del Condado de Douglas al 775-782-9905.
5. **Llamada a terceros:** Los residentes pueden solicitar una llamada privada a sus padres, JPO (Oficial de Libertad Condicional), abogado o tutor.
6. **Reportes externos:** Los padres o terceros pueden reportar en nombre de un residente utilizando cualquiera de los números de contacto o la oficina del Sheriff.

El Gerente de Cumplimiento de PREA proporcionará educación continua a los residentes sobre la protección contra el abuso sexual. El plan de estudios está diseñado para ser apropiado para la edad y considerar cualquier limitación que el residente pueda tener.



ACUERDO DE COMPROMISO DE LOS PADRES

Este acuerdo describe las responsabilidades y compromisos de los padres/tutores cuyo hijo está inscrito en China Spring Youth Camp. Al firmar este documento, los padres/tutores reconocen y aceptan las siguientes condiciones:

1. **Participación en el Grupo de Apoyo para Padres:** Como padre/tutor, acepto asistir a las sesiones del Grupo de Apoyo para Padres después de mi visita programada con mi hijo en el campamento. Esta sesión está diseñada para apoyarlo a usted como padre durante el tiempo que su hijo esté en el campamento y para ayudar a fomentar una relación positiva entre el personal del campamento y las familias.
2. **Requisito de Pase de Transición:** Antes de llevar a su hijo a casa con pases de transición, se requiere que usted asista a los Grupos de Apoyo para Padres. Estos grupos son vitales para asegurar una transición fluida y para discutir los próximos pasos en el desarrollo e integración del niño.
3. **Compromiso de Participación en el Programa:** Al firmar este contrato, usted se compromete a participar plenamente en los procesos mencionados anteriormente, entendiendo que su participación es crucial para el éxito de la experiencia de su hijo en China Spring Youth Camp.
4. **Reconocimiento del Acuerdo:** Al firmar este documento, reconozco que he leído, entendido y acepto cumplir con los términos anteriores para el beneficio de mi hijo y su experiencia exitosa en el campamento.

Nombre del padre/tutor (impreso): Nombre del padre/tutor en letra de molde.

Firma del padre/tutor: Firma del padre/tutor. _____

Fecha: Fecha. _____



PAUTAS PARA VISITANTES

Estimados visitantes: Por favor, revise las siguientes pautas de nuestras instalaciones y haga preguntas si es necesario.

1. **Sin teléfonos celulares:** No se permiten teléfonos celulares dentro del edificio.
2. **Identificación obligatoria:** Debe presentar una identificación con foto al personal y registrarse en la tabla de firmas, incluyendo el número de licencia de conducir y su vencimiento.
3. **Puertas y seguridad:** Los invitados no tienen permitido, bajo ninguna circunstancia, abrir una puerta de la instalación para otro invitado, ya sea que esté entrando o saliendo. Esto representa un problema de seguridad. No se deben abrir puertas ni ventanas sin permiso del personal.
4. **Artículos personales:** No se permiten artículos externos dentro del edificio, incluyendo, entre otros, bolsos o billeteras.
5. **Alimentos y bebidas:** No se permiten comidas ni bebidas externas, incluyendo chicles o caramelos.
6. **Armas:** No se permiten armas de ningún tipo, incluyendo navajas de bolsillo, pistolas o herramientas múltiples.
7. **Artículos para residentes:** Cualquier artículo que traiga a la instalación para un residente debe ser aprobado previamente por el personal.
8. **Contacto físico:** Mantenga el contacto físico al mínimo. El personal se reserva el derecho de informar a los visitantes si esto se convierte en un problema.
9. **Ruido y entorno:** Tenga en cuenta que está compartiendo la sala de visitas con otras familias; Mantenga el nivel de ruido al mínimo.

Tenga en cuenta que se encuentra bajo vigilancia y está siendo grabado.

Importante: Al firmar el registro de visitantes en cada visita, usted acepta cumplir con todas las reglas mientras se encuentre en la instalación.

Firma del Visitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del personal _____ Fecha _____



Fisica: 225 Camino de China Springs. Gardnerville, NV. 89410
Mailing: Apartado postal 2605, Minden, NV 89423
Telefono: (775)265-5350 or Fax: (775) 265-7159

Formulario de Reconocimiento de Pase a Casa

Nombre del joven: _____

Fecha: _____

Como padre/tutor del joven nombrado anteriormente, por la presente reconozco que he recibido, revisado y comprendo las expectativas y reglas asociadas con el pase a casa de mi hijo(a). Acepto cumplir con estas reglas y asegurar que mi hijo(a) siga las pautas necesarias para su pase de fin de semana.

Al firmar a continuación, confirmo que comprendo plenamente y acepto las reglas y expectativas descritas anteriormente para el pase a casa de mi hijo(a). Reconozco que el incumplimiento de estas reglas puede resultar en la revocación del pase a casa u otras acciones disciplinarias.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma del Administrador del Caso (Case Manager): _____

Fecha: _____



REGLAS DE LIBERACIÓN TEMPORAL

Todos los residentes de China Spring Youth Camp están bajo la tutela del director de este campamento. Cuando un residente es liberado temporalmente del campamento por cualquier motivo, él/ella sigue siendo responsable de seguir las reglas de la instalación.

El incumplimiento de las reglas de liberación temporal resultará en disciplinarias, pérdida de privilegios y/o afectará la duración de las acciones del programa.

[] Cita Médica / Pase Especial

Las citas fuera del campamento pueden otorgarse con el fin de permitir que el padre/madre asuma un papel activo en la salud o situación legal de su hijo(a). Los pases especiales también pueden otorgarse según la aprobación de la Administración.

- Los residentes no deben ir a casa.
- Regresar a la hora especificada.
- Sin contacto con personas no autorizadas.
- Sin contacto con amigos.
- Supervisión visual al 100%.
- Nada de tabaco ni productos de nicotina (vapeadores, "Juuls", bolsas, cigarrillos, etc.).
- Nada de alcohol.
- Nada de drogas ilícitas.
- No conducir.
- No se pueden traer artículos a la instalación sin aprobación.
- Todas las paradas (incluidas las comidas) deben ser aprobadas. Los recibos de comida deben entregarse al personal al regresar.

[] Visita al Hogar

Las visitas al hogar se otorgan para que la familia pueda pasar tiempo de calidad junta. Por lo tanto, las visitas con amigos están restringidas según la etapa de su hijo(a); consulte los requisitos a continuación:

- **Arresto Domiciliario:** Supervisión visual y auditiva al 100% por parte del padre(s)/tutor(es).
- Regresar a la hora especificada.
- **Transición:** No pueden visitar amigos ni se permiten llamadas telefónicas de/hacia amigos sin aprobación previa de la Administración del Caso.
- Se aplican todas las reglas de libertad condicional (sin contacto con residentes/ex-residentes de la instalación o personas en libertad condicional).

- **No alterar la apariencia:** (color de cabello, piercings, tatuajes, cortes/estilos de cabello extremos). Se permite depilarse las cejas con pinzas. Nada de estilos relacionados con pandillas.
- **Hombres:** Deben tener aprobación previa del Administrador de Casos/Supervisor para cortarse el cabello y debe estar dentro de las pautas del campamento. Esto incluye recortes, retoques, desvanecidos (*fades*), rapado de cabeza, etc.
- **Mujeres:** Se permite el maquillaje y la joyería, pero deben retirarse antes de llegar al campamento. Deben tener aprobación del Administrador de Casos/Supervisor para cortes y color de cabello.
- Nada de tabaco ni productos de nicotina (vapeadores, "Juuls", bolsas, cigarrillos, etc.).
- Nada de alcohol ni drogas ilícitas.
- No conducir/operar vehículos motorizados (ATV/Motos de cross, etc.).
- Los deportes extremos necesitan la aprobación del Supervisor/Administrador de Casos.
- No se pueden traer artículos a la instalación sin aprobación.
- El residente tiene prohibido consumir cualquier tipo de bebida energética.
- **Debe llamar para reportarse tres veces al día:** entre las 6:00 am y las 10:00 am; 13:00 y 16:00 horas; y 6:00 pm y 10:00 pm, incluyendo el día que sale y el día que regresa. Por favor llame al **(775) 265-5350** , marque la extensión apropiada para su dormitorio (ej. 145 para Dormitorio de Niñas y 133 para Dormitorio de Niños). Si nadie responde, deja un mensaje que incluya nombre, campamento, fecha y hora. El incumplimiento de los informes resultará en el acortamiento del paso a casa u otras consecuencias adicionales.

Por favor recuerde que su hijo(a) ha sido colocado en un centro de tratamiento juvenil y, aunque usted no esté de acuerdo con las reglas descritas anteriormente, el no seguirlas afectará a su hijo(a). No se desvíe de las reglas anteriores para darle a su hijo(a) una "oportunidad de ganarse la confianza". Esas oportunidades vendrán más adelante. La manipulación de las reglas por parte de su hijo(a) será vista como una violación y, además, su intento de eludir las reglas será vista como una violación y afectará el programa de su hijo(a). Tenga en cuenta que responsabilizaremos a su hijo(a) independientemente de quién sea el responsable. Esto incluye, entre otros, el no regresar a la hora especificada.



Formulario de Consentimiento para el Tratamiento del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Propósito del Consentimiento: Este formulario de consentimiento proporciona información sobre los tratamientos dentales que usted puede recibir. El plan de tratamiento adjunto incluye los posibles procedimientos, los códigos CDT asociados, las tarifas típicas UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable) basadas en la guía de la ADA para Nevada, los riesgos potenciales, beneficios y alternativas al tratamiento. Todo el tratamiento completado se facturará al seguro, y cualquier saldo restante será pagado por nuestra organización sin fines de lucro **Sagebrush Smiles 501(c)(3)**. Usted no recibirá ninguna factura por los servicios completados a través de nuestro programa.

Procedimientos, Códigos CDT y Tarifas UCR:

- Exámenes (D0120/D0150): \$50 - \$80
- Radiografías (D0210/D0272): \$30 - \$150
- Limpiezas profesionales (D1110/D1120): \$75 - \$120
- SRP - Raspado y Alisado Radicular (D4341/D4342): \$200 - \$300 por cuadrante
- D4346 (Limpieza en presencia de inflamación gingival): \$100 - \$150
- Barniz (D1206): \$30 - \$50
- Empastes Paliativos (D2940): \$100 - \$150
- Cuidado de Mantenimiento (SDF y/o D1355): \$50 - \$75
- Selladores (D1351): \$40 - \$60 por diente
- Empastes / Rellenos (D2391/D2392): \$150 - \$250
- Extracciones (D7140): \$100 - \$300

Riesgos del Tratamiento:

- Molestia o dolor durante y después del tratamiento.
- Sensibilidad temporal o permanente en los dientes tratados.
- Posibilidad de complicaciones como infección, inflamación o sangrado.
- En casos raros, una reacción alérgica a los materiales utilizados durante el tratamiento.

Beneficios del Tratamiento:

- Alivio del dolor dental e infección.
- Mejora de la salud bucal y prevención de futuros problemas dentales.
- Restauración de la función y estética de los dientes.

Alternativas al Tratamiento:

- Sin tratamiento (entendiendo los riesgos de la progresión de la afección).
- Procedimientos dentales alternativos (discutidos con el proveedor).
- Remisión a un especialista para atención avanzada.

Reconocimiento: Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y discutir mi plan de tratamiento con el dentista. Entendiendo la naturaleza de los tratamientos recomendados, los riesgos asociados, los beneficios y las alternativas. Entiendo que el plan de tratamiento puede necesitar ser modificado durante el procedimiento según mi condición, y doy mi consentimiento para los ajustes necesarios según lo determine el dentista.

Sección de Firmas:

Nombre del Paciente (letra de molde): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor (si corresponde): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del Dentista (letra de molde): _____

Firma del Dentista: _____

Fecha: _____



Formulario de Consentimiento Informado Detallado

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del Examen: _____

Propósito del Consentimiento: Este documento proporciona información detallada sobre los tratamientos dentales propuestos como parte de su plan de tratamiento. Cada tratamiento se enumera a continuación con su código CDT correspondiente. Este formulario de consentimiento describe el propósito, los beneficios, los riesgos y las alternativas para cada procedimiento. Usted puede optar por aceptar todos los tratamientos propuestos, rechazar todos los tratamientos o rechazar tratamientos específicos. Los tratamientos enumerados en su plan de tratamiento no están adaptados a sus necesidades individuales.

Tratamientos Propuestos y Códigos CDT:

1. Raspado y Alisado Radicular (SRP) o Limpieza en Presencia de Inflamación - Códigos CDT: D4341/D4342/D4346

Propósito: Eliminar la placa, el sarro y las bacterias de debajo de la línea de las encías para tratar la enfermedad de las encías.

Beneficios: Reduce la degradación de las encías, detiene la progresión de la enfermedad periodontal.

Riesgos: Sensibilidad temporal, irritación menor de las encías y posibles molestias.

Alternativas: Profilaxis regular (no es apropiado para la gingivitis/enfermedad periodontal).

2. Empaste (Relleno) - Códigos CDT: D2391/D2392

Propósito: Restaurar dientes cariados o dañados.

Beneficios: Previene una mayor decoloración/caries y restaura la función y la apariencia.

Riesgos: Sensibilidad temporal, reacción alérgica a los materiales (raro).

Alternativas: Extracción (si el diente no puede ser restaurado).

3. Empaste Paliativo / Corona Temporal - Códigos CDT: D2940/D2799

Propósito: Empaste temporal para aliviar el dolor o la molestia.

Beneficios: Proporciona alivio provisional hasta que se pueda completar el tratamiento definitivo.

Riesgos: Puede desprenderse o desgastarse rápidamente, requiriendo una nueva intervención.

Alternativas: Empaste permanente, corona permanente o extracción.

4. Recubrimiento Pulpal Indirecto - Código CDT: D3120

Propósito: Proteger la pulpa dental cuando la caries está cerca del nervio.

Beneficios: Preserva la vitalidad del diente en un intento de evitar el tratamiento de conducción (endodoncia).

Riesgos: Posible necesidad de tratamiento adicional si la pulpa se infecta.

Alternativas: Tratamiento de conducto (endodoncia).

5. Fluoruro de Diamino de Plata (SDF) - Código CDT: D1354

Propósito: Detener la caries dental activa.

Beneficios: Mínimamente invasivo, reduce la progresión de la caries.

Riesgos: Manchas negras permanentes en las áreas cariadas, potencial irritación leve de las encías.

Alternativas: Empastes o coronas.

6. Extracciones - Código CDT: D7140

- **Propósito:** Extraer dientes gravemente dañados o cariados.
- **Beneficios:** Resuelve el dolor y previene futuras infecciones.
- **Riesgos:** Dolor, aumento, infección, alveolitis seca (en algunos casos).
- **Alternativas:** Tratamiento de conducto (si el diente es restaurable).

Rechazo del Tratamiento:

- Entiendo que puedo rechazar todos los tratamientos propuestos o tratamientos específicos enumerados anteriormente.
- El rechazo a aceptar los tratamientos recomendados a lo largo del tiempo puede resultar en el empeoramiento de las condiciones de salud dental y sistémica.

Nota sobre Denuncia Obligatoria: Los dentistas son denunciantes obligatorios bajo los Estatutos Revisados de Nevada (NRS) y deben reportar casos sospechosos de negligencia dental. El rechazo repetido de los tratamientos necesarios puede considerarse negligencia, la cual debe ser reportada según lo exige la ley.

Reconocimiento y Consentimiento:

Revisé el plan de tratamiento y las descripciones de los tratamientos propuestos. Entendiendo el propósito, los beneficios, los riesgos y las alternativas de los procedimientos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a mi entera satisfacción.

Sección de Firmas:

Nombre del Paciente (letra de molde): _____

Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor (si corresponde): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del Dentista (letra de molde): _____

Firma del Dentista: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL DÍA DENTAL

¡Hola! La escuela/instalación de su hijo(a) ha elegido organizar un Día Dental proporcionado por **Sagebrush Smiles**. Somos una organización sin fines de lucro, fundada por la Dra. Whitney Bryant DDS. La Dra. Bryant fundó esta organización con el fin de compartir educación, tratamientos preventivos y recursos con el norte de Nevada. Nuestra esperanza es ser defensores de la salud oral para estudiantes, padres y escuelas. Defendemos la mentalidad de que "La Salud Oral es Salud" y esperamos aumentar el acceso a la atención de la salud oral, además de proporcionar tratamientos y servicios que puedan ayudar a los niños a mantener sus dientes sanos y libres de caries.

Si usted da su consentimiento, su hijo(a) será atendido por un profesional con licencia y puede recibir una amplia variedad de servicios que incluyen: fotos intraorales (sin rayos X), detección de salud oral, examen oral integral, educación sobre salud oral, selladores dentales, limpiezas dentales, yodo antibacterial y/o tratamientos de fluoruro. **NO HAY COSTO** para el niño o la familia. Sin embargo, facturamos al Seguro Privado/Medicaid y recibimos fondos de socios locales, estatales y nacionales en forma de subvenciones y donaciones. **ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEBE ESTAR FIRMADO** para que su hijo(a) participe. Esta es información confidencial que se compartirá únicamente con usted y la enfermera de su escuela/instalación. Usted, ni su escuela/instalación, recibirán jamás una factura.

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Género: MF **Edad:** ____ **Grado:** ____ **Escuela:** _____

Historial Médico (Listar Condiciones): _____

Medicamentos (Listar): _____

Alergias: NINGUNA | Yodo | Látex | Penicilina | Otra: _____

Seguro Dental del Niño (Encierre uno): Ninguno | Seguro Privado | Medicaid# _____

Compañía de Seguro Dental Privado: _____ (Ej: Aetna, Delta, Metlife, etc.)

Nombre del Suscriptor del Seguro Privado: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

ID del Miembro: _____

Número de Teléfono del Seguro: _____

Última Visita Dental (encierre): 0-3 meses | 3-6 meses | 6-12 meses | 12-18 meses | ¿ Nunca tienes su hijo(a) ansiedad dental? Sí | No | Desconocido **Por favor, enumere cualquier procedimiento en el que NO desea que su hijo(a) participe:** _____

Nombre Completo del Padre/Tutor: _____ **Parentesco con el niño:** _____

Dirección Postal Completa: _____

Número de Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

Consentimiento General de Participación: Al firmar este consentimiento, autorizo a Sagebrush Smiles a capturar y compartir información de salud protegida, como se especifica a continuación, sobre el paciente/niño identificado en este formulario para ser utilizado por el proveedor participante, los departamentos internos y con el Estado de Nevada, según lo requiera (1) la ley o regulación; (2) para verificar la elegibilidad para los beneficios dentales de Medicaid y/o para proporcionar información sobre los mismos; si corresponde, presentar para reembolso a terceros pagadores, como Medicaid o seguro privado; (3) para facilitar el seguimiento adecuadas recomendaciones con un

proveedor dental de acuerdo con las hechas durante la evaluación; (4) gestión del caso para asegurar que se ha recibido el seguimiento adecuado; y/o (5) para proteger la salud y seguridad del paciente. A mi solicitud, Sagebrush Smiles debe proporcionarme una copia de este formulario.

Entiendo que la firma de este formulario es voluntaria. Como padre/tutor legal, por la presente doy mi consentimiento para permitir que mi hijo(a) participe en un día dental gratuito. Entiendo que estos servicios no incluyen rayos X, pero sí incluyen un examen dental visual por parte de un profesional dental. Entiendo que deberá firmar un segundo formulario de consentimiento para que mi hijo(a) reciba una atención integral. Libero a Sagebrush Smiles de responsabilidad por resultados adversos. El consentimiento incluye: fotos intraorales (sin rayos X), detección de salud oral, examen oral integral, educación sobre salud oral, selladores dentales, limpiezas dentales, yodo antibacterial y/o tratamientos de fluoruro. Este consentimiento es válido por UN año y puede ser revocado poniéndose en contacto con nosotros.

Firma: _____ **Fecha:** _____



Aimee Hennarty, PATH Cert. ESMHL/AAL/AAT

Interacciones con Perros de Terapia: Consentimiento Informado, Exención y Renuncia

INTRODUCCIÓN:

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Existen muchos beneficios asociados con el trabajo con animales de terapia. Algunos beneficios que se han encontrado al utilizar animales de terapia incluyen:

- Los animales ayudan a mejorar la motivación y el compromiso en la terapia.
- Los animales proporcionan una sensación de seguridad y apoyo emocional . Los perros ofrecen aceptación incondicional y una consideración positiva.
- Los animales pueden promover la relajación . La investigación ha demostrado que acariciar a un animal puede ayudar a reducir la presión arterial, la frecuencia cardíaca y aumentar la oxitocina (una sustancia química cerebral que genera bienestar).
- Los animales pueden ayudar al cliente a aprender tolerancia a la frustración y otras técnicas de manejo de la ira.
- Los animales pueden ayudar en las áreas de enfoque y atención .
- Los animales pueden ser instrumentos de aprendizaje, lo que puede aumentar la autoconfianza y la autoestima .
- Los animales ofrecen humor y diversión debido a su naturaleza juguetona.
- Los animales en entornos terapéuticos piden a los clientes que desarrollen empatía, crianza y responsabilidad , y modelen otras habilidades como el perdón y la paciencia.

A pesar de que existen muchos beneficios al trabajar con animales de terapia, existen riesgos involucrados al utilizar este método de terapia. Por ejemplo: los perros pueden mordisquear, arañar accidentalmente, lamer, apoyarse contra un cliente y/o causar más tonos leves. Estas acciones no son agresión , sino más bien la forma en que el perro interactúa con el cliente. Además, si el cliente es alérgico a los perros o no tiene conocimiento de una alergia, el cliente puede sufrir una reacción alérgica.

EVALUACIÓN:

Trabajar con un perro de terapia en entrenamiento puede no ser apropiado para cada cliente o en cada sesión.

Su uso se determinará caso por caso. En las siguientes circunstancias, el trabajo con el animal no se utilizará o cesará: 1. Si el cliente tiene un historial de abuso/crueldad animal, o si existen otros factores de riesgo que indiquen un daño potencial al animal.

Trabajar con un perro de terapia en entrenamiento puede no ser apropiado para cada cliente o en cada sesión.

Su uso se determinará caso por caso. En las siguientes circunstancias, el trabajo con el animal no se utilizará o cesará: 1. Si el cliente tiene un historial de abuso/crueldad animal, o si existen otros factores de riesgo que indiquen un daño potencial al animal.

2. Si el cliente tiene una **alergia conocida a los perros** o si una alergia desconocida se manifiesta durante la sesión.
3. Si el cliente exhibe un **comportamiento problemático hacia el animal**, incluyendo pero no limitado a: patear, morder, empujar, golpear, tirar de la cola/orejas/patas y/o pellizcar al animal.
4. Si el cliente tiene **miedo a los animales** y el alcance del tratamiento del cliente no está destinado a abordar ese miedo.

ALERGIAS: El cliente deberá informar a Aimee sobre cualquier alergia conocida todos los días. Aunque un cliente específico no esté interactuando directamente con el animal, este seguirá presente bajo el cuidado de Aimee. Si el cliente tiene alergia al animal, Aimee determinará qué arreglos se pueden hacer para adaptarse a dicha alergia.

INCIDENTES ACCIDENTALES: Si el canino accidentalmente rasguña, mordisquea o causa cualquier daño al cliente, este acepta notificación a Aimee de inmediato.

INTERACCIONES CON EL CANINO: Los perros interactúan con los humanos de manera diferente a como los humanos interactúan entre sí. Los perros menean la cola, lamen, pueden apoyarse en la pierna de una persona o echarse cerca de un cliente. Si el cliente se siente inquieto o incómodo con la forma en que el canino interactúa con él/ella, acepta expresar esas preocupaciones inmediatamente a Aimee. Si un cliente prefiere no interactuar con el canino durante las sesiones, por favor hágaselo saber a Aimee y ella pondrá al perro en su jaula.

CONDUCTA HACIA EL CANINO:

1. Al igual que un ser humano, el canino debe ser tratado con **respeto y amabilidad**. Si el perro está enfermo o herido, no estará disponible para trabajar y solicitar aprobación veterinaria antes de retomar sus trabajos.
2. Aimee también está obligada a velar por el bienestar general y la seguridad del canino. Si en cualquier momento el perro se muestra irritado, asustado, angustiado o exhibe un comportamiento negativo/agresivo, el animal tomará un descanso.

ENFERMEDADES: Se hará todo lo posible para asegurar la prevención de la transmisión de enfermedades zoonóticas (intercambio de enfermedades entre humanos y animales). El canino se mantendrá al día con todas las vacunas estándar, tales como la rabia; sin embargo, siempre existe el riesgo de transmisión de una enfermedad al trabajar con animales. Un cliente puede solicitar revisar una lista de las vacunas que tiene el canino.

LIBERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD:

Yo, _____, por la presente acepto por mí mismo(a) y/o por mi hijo(a) menor de edad mantener a **China Spring Youth Camp**, **Aimee Hennarty** y sus estudiantes, voluntarios, contratistas independientes, dueños de las instalaciones, personal y otros participantes ("Exonerados") libres de toda reclamación y/o daños (incluyendo honorarios médicos y de abogados) y causas de acción de cualquier naturaleza por cualquier lesión personal y/o corporal o enfermedad, que pueda ocurrirme a mí o a mi hijo(a) menor de edad, o que pueda ser agravada o causada por la negligencia de otros mientras interactúa con el canino.

ASUNCIÓN DE RIESGO: Yo, _____ individualmente y/o en nombre de cualquier hijo(a) menor de edad, asumo específicamente cualquier riesgo conocido y desconocido de lesión o enfermedad, resultante de la interacción con el canino, que puede incluir, pero no se limita a: transmisión de enfermedades

zoonóticas, arañazos, mordisqueos, apoyo pesado, saltos, cepillado ligero y/o lamer por parte del canino, y cualquier reacción alérgica desconocida o conocida.

Por favor, indique si el hijo(a) menor tiene alguna alergia conocida a los perros: **Sí**___ **No**___ **No estoy seguro(a)**___

¿Tiene el hijo(a) menor un miedo conocido a los perros? **Sí**___ **No**___ **No estoy seguro(a)**___

Acepto cumplir con las políticas y procedimientos de Aimee Hennarty específicamente relacionados con el canino y su entrenamiento como perro de terapia. Si tengo alguna pregunta sobre la conducta adecuada al interactuar con el canino, acepta preguntar a Aimee antes de participar en dicha conducta.

Si ocurre alguna lesión y/o enfermedad mientras participa con el canino de Aimee Hennarty, yo, individualmente y/o en nombre de mi hijo(a) menor, autorizo por la presente a Aimee a contactar al médico profesional que se detalla a continuación, o si el médico profesional no está disponible o no puede ser contactado, a llamar al 911 o al hospital más cercano. Asumo toda la responsabilidad por mi bienestar y seguridad, así como por la de mi hijo(a) menor; y por la presente doy permiso para que se administre tratamiento médico de emergencia según se considere apropiado.

Nombre, dirección y número de teléfono del médico profesional:

Pinnacle Medical Group

Dirección: 180 E Winnie Ln, Carson City, NV 89706

Teléfono: (775) 204-4000

Yo, individualmente, y/o en nombre de mi hijo menor de edad, habiendo sido informado de los riesgos conocidos anteriormente mencionados, y reconociendo otros posibles riesgos desconocidos, he leído la exención y liberación de responsabilidad anterior. Entiendo que al firmar este Acuerdo yo, individualmente, y/o en nombre de mi hijo menor de edad, estoy renunciando a ciertos derechos legales.

Nombre impreso del cliente:

Firma del cliente/padre/tutor legal:

Fecha:



Física: 225 China Springs Rd.
Gardnerville, NV 89410
Envío: 1638 Mono Ave.
Minden, NV 89410
Tele: 775-265-5433

Estimados padres:

De vez en cuando, la Escuela Secundaria Jacobsen programa excursiones para sus clases. Dichos viajes pueden ser una experiencia de aprendizaje valiosa y añadirán interés a sus áreas de estudio. Para evitar las prisas de la última hora al obtener el permiso de los padres para cada excursión, solicitamos su aprobación para que sus estudiantes realicen excursiones patrocinadas por la escuela. Estos viajes se realizarán siempre en vehículos del campamento y estarán supervisados por personal de la escuela y del campamento.

Gracias por su cooperación.

Atentamente,

Alicia Braaksma, Director

Formulario de Autorización

Mi hijo/a, _____, **tiene** ____ **no tiene** ____ mi permiso para ir a excursiones patrocinadas por la escuela durante el año escolar 2024-2025.

En el caso de que mi hijo/a, _____, enferme o se lesione y no sea posible contactarme, por la presente doy mi consentimiento para cualquier diagnóstico o tratamiento médico y servicios hospitalarios que se consideren necesarios por mi médico familiar, _____, o cualquier médico designado por él/ella o el médico de la sala de emergencias.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

Teléfono (en caso de emergencia): _____

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE NEVADA - CÓDIGO DE HONOR

Existe la expectativa clara de que todos los estudiantes realizarán sus tareas académicas con honor e integridad. El engaño y el plagio violan el proceso fundamental de aprendizaje y comprometen la integridad personal.

¿Qué es el engaño?

El engaño o la deshonestidad académica incluye la obtención o entrega inapropiada de información. Ejemplos incluyen, pero no se limitan a:

- Tomar o copiar respuestas de otro estudiante o fuente en un examen o tarea.
- Dar respuestas a otro estudiante.
- Copiar tareas y entregarlas como trabajo original.
- Colaborar en solicitudes o proyectos sin el permiso específico del maestro.
- Permitir que otros investiguen o escriban un trabajo asignado.
- Usar dispositivos electrónicos no autorizados.
- Falsificar datos o resultados de laboratorio, incluyendo el cambio de calificaciones electrónicamente.

¿Qué es el plagio?

Es presentar el trabajo o las ideas de otra persona como propias sin dar el crédito correspondiente. Ejemplos:

- Entregar el trabajo de alguien más (fuentes publicadas) como propio.
- Entregar trabajos comprados o bajados de Internet.
- Representar obras artísticas o académicas de otros (música, programas de computación, fotografías, dibujos) como propios.
- Ayudar a otros a plagiar dándoles tu trabajo.

Responsabilidades

Todos los involucrados (educadores, padres y alumnos) tienen la responsabilidad de mantener la honestidad académica. Los estudiantes deben producir trabajos que sean solo suyos, reconociendo la importancia de pensar por sí mismos.

- **Firma del estudiante (Firma del estudiante): _____ Fecha (Fecha):**
- **Firma del Padre/Tutor Legal (Firma del Padre/Tutor Legal): _____ Fecha (Fecha):**



CENTRO JUVENIL CHINA SPRING

Cuestionario Familiar

Gracias por completar este cuestionario familiar. Los padres o tutores pueden elegir llenarlo juntos o completar copias por separado, lo que mejor les funcione.

Recuerden que es perfectamente normal tener opiniones diferentes; lo que más importa es que sus respuestas sean reflexivas, sinceras y honestas. Las investigaciones muestran que tener una comprensión integral de las circunstancias de un niño es crucial para apoyarlo eficazmente en la realización de cambios positivos.

También es importante señalar que no es necesario que conozcan cada detalle de los comportamientos o desafíos de su hijo. El tratamiento es un viaje de descubrimiento basado en la honestidad y el coraje, y este cuestionario sirve como un punto de partida valioso.

Aunque hay varias páginas, la mayoría consiste en un amplio espacio en blanco para que expresen sus pensamientos. ¡No se preocupen por la ortografía o la gramática, simplemente comiencen a escribir!

Por favor, enumera a todos los miembros de la familia y/o cualquier otra persona en el hogar:

Nombre (Nombre)	¿Vive en casa? (¿Vive en casa?)	Sexo/Edad	Relación con el Cliente (Parentesco con el cliente)
--------------------	---------------------------------	-----------	---

Arreglos de vivienda para jóvenes (Situación de vivienda del joven)

(Marque todas las que corresponden en el último año)

- ☐ Vive con ambos padres
 - ☐ Vive con familia de acogida
 - ☐ Vive con solo uno de los padres
 - ☐ Vive con otros parientes
 - ☐ Vive solo
 - ☐ Otros arreglos de vivienda
 - ☐ Adultos/amigos aprobados
 - ☐ Residencia privada
 - ☐ Centro residencial comunitario
 - ☐ Centro correccional
 - ☐ Refugio para personas sin hogar
 - ☐ Viviendo en moteles/hoteles
 - ☐ En la calle
 - ☐ A menudo en estado de fuga (escapado de casa)
 - ☐ Otro entorno institucional
 - ☐ Amigos negativos no aprobados
-

Áreas de preocupación

Marque las áreas de preocupación con el cliente:

- ☐ Ha tenido encuentros con la ley
- ☐ Difícil de controlar
- ☐ Bajo rendimiento académico
- ☐ Enuresis (se orina en la cama)
- ☐ Retraído/Aislado
- ☐ Peleas frecuentes
- ☐ Se escapa de casa
- ☐ Muerte de un familiar/amigo
- ☐ Destrucción de objetos
- ☐ Lastima a animales
- ☐ Problemas de sueño / pesadillas
- ☐ Mentiras frecuentes
- ☐ Robar
- ☐ Ausentismo escolar injustificado
- ☐ Abuso o experimentación con sustancias
- ☐ Comportamientos de agresión física

Enumere otras agencias y programas de tratamiento con los que esté trabajando ahora o en el pasado:

Nombre (Nombre)	Fecha de ingreso (Fecha de ingreso)	¿Terminado? Sí / No (¿Completado? Sí / No)	Persona de contacto
--------------------	-------------------------------------	--	---------------------

ESCUELA (ESCUELA)

¿Tiene el joven dificultades para concentrarse o mantenerse en una tarea sin recordatorios o consecuencias constantes? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, explique y dé ejemplos:

¿Al joven le "molestan" (bullying) o es victimizado a menudo por otros jóvenes? ☐ Sí ☐ No

¿Es el joven el agresor y molesta a otros jóvenes? ☐ Sí ☐ No

En general, ¿qué tipo de problemas experimenta él/ella en situaciones sociales?

¿Hay algún problema de comportamiento escolar? Si es así, por favor explique:

Nombre de la escuela y del consejero escolar: _____

SUICIDIO (SUICIDIO) ¿Ha expresado alguna vez el joven pensamientos suicidas o ha participado en comportamientos que puedan considerarse intencionalmente autodestructivos? Ejemplos de tales comportamientos incluyen, entre otros: autolesiones (por ejemplo, cortarse), sobredosis de sustancias, autoasfixia, provocar daño físico, conducción temeraria o participar en actividades peligrosas.

☐ Sí ☐ No Si respondió sí, explique: _____

ANTECEDENTES DE PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

¿Ha estado el joven alguna vez involucrado en un accidente, caída, actividad deportiva, accidente de auto o agresión física donde hubo un golpe en la cabeza? ___ Sí ___ No

- ¿Resultó el golpe en pérdida del conocimiento? ___ Sí ___ No
- ¿Ha perdido el joven el conocimiento debido a pérdida de sangre o problemas médicos? ___ Sí ___ No
- ¿Cuánto tiempo estuvo el joven inconsciente? _____
- ¿Vio el joven a un médico por este incidente? ___ Sí ___ No
 - Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico/hallazgo? _____

¿Ha tenido el joven convulsiones alguna vez? ___ Sí ___ No

- ¿Estuvieron estas convulsiones relacionadas con drogas o alcohol? ___ Sí ___ No
- ¿Ha sido el joven tratado por estas convulsiones? ___ Sí ___ No

ANTECEDENTES FAMILIARES INMEDIATOS

¿Ha sido o es actualmente el joven víctima de violencia doméstica? ¿Incluyendo agresión sexual? ___ Sí ___ No Si respondió sí, por favor explique: _____

¿Existen antecedentes familiares de una orden judicial de restricción o de no contacto? ___ Sí ___ No Si respondió sí, por favor explique por qué y por cuánto tiempo: _____

Padre Biológico (Padre Biológico)

¿Ha sido el padre tratado por alguna adicción? ___ Sí ___ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

¿Tiene él antecedentes de enfermedades mentales? ___ Sí ___ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

Madre Biológica (Madre Biológica)

¿Ha sido la madre tratada por alguna adicción? ___ Sí ___ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

¿Tiene la madre biológica antecedentes de enfermedades mentales? ___ Sí ___ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

Padrastro (Padrastro)

¿Ha sido el padrastro tratado por alguna adicción? ____ Sí ____ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

¿Tiene él antecedentes de enfermedades mentales? ____ Sí ____ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

Madrastra (Madrastra)

¿Ha sido la madrastra tratada por alguna adicción? ____ Sí ____ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

¿Tiene ella antecedentes de enfermedades mentales? ____ Sí ____ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

Hermanos/Hermanas (Hermanos/Hermanas)

¿Ha sido algún hermano/a tratado por alguna adicción? ____ Sí ____ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

¿Tiene el hermano/a antecedentes de enfermedades mentales? ____ Sí ____ No Si respondió sí, ¿cuál fue el diagnóstico y el resultado del tratamiento? _____

¿Cómo fue/es tratado? _____

ANTECEDENTES DE LA FAMILIA EXTENDIDA SOBRE ADICCIONES O ENFERMEDADES MENTALES:

Los antecedentes familiares multigeneracionales a largo plazo son muy importantes para comprender y tratar las adicciones y las necesidades de salud mental de un joven. Por favor, explique brevemente los antecedentes familiares de la madre y del padre biológicos en cuanto a adicciones y problemas de salud mental:

1. ¿Qué problemas de salud mental o de abuso de sustancias existen o existieron en el lado materno de la familia, y en quiénes?

2. ¿Qué problemas de salud mental o de abuso de sustancias existen o existieron en el lado paterno de la familia, y en quiénes?

Por favor, complete el siguiente formulario con información sobre los medicamentos actuales del joven y sus citas de salud recientes.

Medicamentos Actuales

Por favor, enumere cualquier medicamento que el joven esté tomando actualmente:

Nombre del medicamento (Nombre del medicamento)	Dosis	Frecuencia (Frecuencia)	Fecha de inicio	Motivo de la prescripción
1.				
2.				
3.				
4.				

-
- Fecha de la última cita dental (Fecha de la última cita dental): _____
 - Lugar de la última cita dental (Lugar de la última cita dental): _____
 - Fecha de la última cita de la vista (Fecha de la última cita de la vista): _____
 - Ubicación de la última cita de la vista (Lugar de la última cita de la vista): _____

Por favor, asegúrese de que todos los campos se completen con precisión. Si tiene alguna información adicional o inquietud con respecto a la salud del joven, no dude en incluirla a continuación.

Notas/Comentarios adicionales:

TU OPINIÓN Y SENTIMIENTOS

Instrucciones: Esta es tu página para simplemente resumir tu opinión personal y sentimientos sobre el joven y tu familia. Por favor, sé honesto/ay ayúdanos a ver el panorama completo. Esto nos ayudará a ayudarte.

¿Cómo se lleva tu familia?

Describe un momento realmente bueno y un momento realmente malo en tu familia:

¿Qué tipo de problemas familiares están experimentando dentro del hogar?

¿Cómo puede este programa ayudarle a usted ya su familia en casa?

¿Qué más, si hay algo, deberíamos saber sobre su joven y la familia para que realmente podamos ayudarlo a lo largo de este proceso?

¡Gracias por tomarse el tiempo de completar este cuestionario, realmente ayudará!

"Los siguientes consentimientos son para programas/actividades que se ofrecen en varios momentos durante el año. Su hijo(a) puede o no participar según la programación.

Sin embargo, le pedimos que complete los consentimientos para garantizar un funcionamiento sin contratiempos.

¡Gracias!



Servicios de Salud y Humanos de Carson City

Autorización para el Programa de Educación de Salud para Adolescentes - "Making Proud Choices" (MPC)

Por favor, complete con su firma y devuélvalo al facilitador antes del inicio del programa. Desafortunadamente, si no se entrega el formulario de permiso, el joven no podrá participar. **¿Preguntas?** Llame a la facilitadora de la clase: **Nathalie Yanez-Montiel al (775) 283-7292**.

Datos del Estudiante

- **Nombre del joven:** _____
- **Teléfono:** 775 – 265 - 5350
- **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____
- **Edad:** _____
- **Sexo:** _____
- **Raza (marca una):** Asiático | negros | Blanco | hispano | nativo americano | Nativo de Hawái/Alaska | Otro
- **Dirección postal:** 225 China Springs Road
- **Ciudad:** Gardnerville | **Estado:** Nevada | **Código Postal:** 89410 | **Condado:** Douglas

Descripción del Programa

El programa Making Proud Choices (MPC) – Integral: Intervención de Abstinencia y Sexo Seguro es un programa de prevención del embarazo adolescente basado en evidencia, abierto a jóvenes de 13 a 18 años . Dado que la enseñanza sobre salud sexual es algo individual de cada familia, queremos que sepa de antemano lo que los participantes van a aprender. El curso dota a los adolescentes de los conocimientos, las herramientas y las habilidades necesarias para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y el embarazo, mediante la abstinencia sexual o el uso de métodos anticonceptivos y preservativos si deciden tener relaciones sexuales. El programa enseña información médicamente precisa presentada en 8 módulos de una hora .

Contenido de los Módulos:

- **Módulo 1:** Conociéndote y pasos para hacer tus sueños realidad.
- **Módulo 2:** Las consecuencias del sexo: Infección por VIH.
- **Módulo 3:** Actitudes sobre el sexo, el VIH y el uso del condón.
- **Módulo 4:** Estrategias para prevenir la infección por VIH: Distente, piensa y actúa.

- **Módulo 5:** Las consecuencias del sexo: Enfermedades de transmisión sexual.
- **Módulo 6:** Las consecuencias del sexo: Embarazo.
- **Módulo 7:** Desarrollo de habilidades de negociación y uso del condón.
- **Módulo 8:** Mejora de las habilidades de rechazo y negociación.

El propósito de este programa es informar y empoderar a los jóvenes para que consideren los riesgos inmediatos y las consecuencias de por vida asociadas con el sexo. Los participantes analizan qué constituye la responsabilidad sexual, como elegir no tener relaciones sexuales como la forma 100% efectiva de prevenir el embarazo y las ITS, así como el uso de anticonceptivos y condones si eligen tener relaciones sexuales. Este curso incluye una definición de sexo oral, vaginal y anal en el contexto del embarazo y la transmisión de ITS, una exhibición y conversación sobre diferentes tipos de control de la natalidad y una demostración de los pasos para usar condones correctamente. **A los estudiantes NO se les darán condones ni anticonceptivos.**

Se pide a los jóvenes que completen una encuesta al principio y al final del programa. No se les pedirá que pongan sus nombres u otra información de identificación en las encuestas. El propósito de la encuesta es mostrar lo que los participantes han aprendido. La encuesta hace preguntas a los participantes sobre:

- Relaciones saludables, decir no a la presión de los compañeros y manejar las emociones.
- Pensar en las consecuencias de tener relaciones sexuales.
- Metas y planes sobre graduarse de la preparatoria (high school) y la universidad.
- Hablar con los padres y/o tutores sobre la vida de los adolescentes en general y sobre tener relaciones sexuales.
- Su opinión sobre los elementos del curso.

Sección de Firma (Autorización)

Yo (su nombre), _____, como padre o tutor legal de (nombre del joven) _____, entiendo la materia que se impartirá en este programa y doy mi consentimiento para que este joven participe en el programa de intervención *Promoting Health Among Teens – Abstinence Only*. Entendiendo que el incentivo del programa, si corresponde, se entregará al joven nombrado en este formulario.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Devuelva el formulario de permiso antes de la fecha de inicio de la clase a: **nyanez@carsoncity.gov**

O por correo: Carson City Health and Human Services AHEP – Nathalie Yanez- Montiel 900 E. Long Street Carson City, NV 89706

O por Fax: Atención: Nathalie Yanez-Montiel Fax #: (775) 887-2248

DISTRITO DE PISCINAS DE EAST FORK

Carson Valley Swim Center - Exención de Responsabilidad

Mediante mi firma a continuación, reconozco que soy consciente de, entiendo el carácter de, y asumo voluntariamente los riesgos involucrados en la participación en todas las actividades asociadas con la natación y otras actividades disponibles en el **Carson Valley Swim Center**.

Mediante mi firma a continuación, en mi propio nombre, el de mis herederos, familiares directores, sucesores en interés, cesionarios, representantes personales y agentes, por la presente:

1. **Renuncio a cualquier reclamo o causa de acción** y libero de responsabilidad al Distrito de Piscinas de East Fork y al Carson Valley Swim Center, sus oficiales, empleados y agentes por cualquier responsabilidad por lesiones a mi persona o propiedad resultantes del uso de las instalaciones o la participación en cualquiera de las actividades mencionadas anteriormente;
2. **Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad** al Distrito de Piscinas de East Fork y al Carson Valley Swim Center, sus oficiales, empleados y agentes por cualquier reclamo, causa de acción o responsabilidad hacia cualquier otra persona que surja de mi uso de las instalaciones o participación en las actividades mencionadas anteriormente;
3. **Doy mi consentimiento para recibir cualquier tratamiento médico** que se considere aconsejable en caso de lesión, accidente o enfermedad durante estas actividades; y
4. **Reconozco que si el participante es menor de 18 años**, el padre o tutor legal del niño menor debe firmar esta Exención de Responsabilidad.

HE LEÍDO ESTA ASUNCIÓN DE RIESGO, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE LIBERACIÓN. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO, ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y LO HE FIRMADO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN INCENTIVO, SEGURIDAD O GARANTÍA QUE SE ME HAYA DADO, E INTENTO QUE MI FIRMA SEA UNA LIBERACIÓN COMPLETA E INCONDICIONAL DE TODA RESPONSABILIDAD EN LA MEDIDA MÁXIMA PERMITIDA POR LA LEY.

Datos de Firma

- **Nombre impreso del participante:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
- **Firma:** _____ **Fecha:** _____
- **Dirección:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Menores (menores de 18 años):

- **Nombre impreso del Padre/Tutor Legal:** _____ **Parentesco:** _____
- **Firma del Padre/Tutor Legal:** _____ **Fecha:** _____

Acuerdo de Asunción de Riesgo, Exención de Responsabilidad e Indemnización para Escalada en Muro de Roca



- Apellido del escalador adulto o tutor: _____ Nombre: _____
- Apellido del escalador menor (si aplica): _____ Nombre(s): _____
- Dirección: _____
- Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
- Teléfono: _____ Hombre/Mujer: _____ Fecha(s) de nacimiento: _____
- Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
- Medicamentos que toma el/los escalador(es): _____
- Alergias: _____

AVISO IMPORTANTE

ESTE ES UN ACUERDO LEGALMENTE VINCULANTE Y AL FIRMARLO USTED RENUNCIA A SU DERECHO DE PRESENTAR UNA DEMANDA, RECUPERAR COMPENSACIÓN U OBTENER CUALQUIER OTRO RECURSO CONTRA EL CONDADO DE DOUGLAS SI RESULTA LESIONADO AL USAR EL MURO DE ESCALADA EN ROCA DEL CENTRO COMUNITARIO Y PARA PERSONAS MAYORES DEL CONDADO DE DOUGLAS. POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE.

He eligió voluntariamente participar en la escalada en muro de roca en el Centro Comunitario y para Personas Mayores del Condado de Douglas. Soy consciente de que la escalada en muro de roca es intrínsecamente peligrosa y puede provocar lesiones graves o la muerte. Mi participación se realiza con pleno conocimiento de los riesgos y peligros involucrados, que incluyen, entre otros:

- Caídas, fracturas, parálisis, conmociones cerebrales, sobreesfuerzo, sobrecalentamiento, lesiones por mi falta de estado físico o acondicionamiento, enfermedades transmisibles y exposición a alérgenos que podrían causar reacciones alérgicas.
- Abrasión por cuerda, enredos u otras lesiones resultantes de actividades de escalada en muro de roca, como escalar, asegurar (asegurar), rapelar, descender con cuerda, sistemas de rescate o cualquier otra técnica de escalada/cuerda;
- Lesiones resultantes de la negligencia de otros, caída de escaleras mecánicas o caída de objetos como cuerdas y equipo de escalada;

- Cortes y abrasiones resultantes del contacto de la piel con el muro de escalada y el equipo relacionado;
- Fallo del equipo, incluyendo cuerdas, eslingas, arneses, equipo de escalada, puntos de anclaje o cualquier otra parte de la estructura del muro de escalada.

Reconozco además que la lista anterior no incluye todos los riesgos posibles de la escalada en muro de roca, y que dicha lista de ninguna manera limita la aplicación de este acuerdo.

En consideración a mi uso del Muro de Escalada en Roca en el Centro Comunitario y para Personas Mayores del Condado de Douglas, y con pleno conocimiento de todos los riesgos relacionados, por la presente acepto lo siguiente:

1. **ASUNCIÓN DE RIESGO(S):** Por la presente asumo libremente los riesgos inherentes y todos los demás riesgos relacionados con la escalada en muro de roca, y cualquier daño, lesión, enfermedad o pérdida que pueda ocurrirme a mí o a mi propiedad como resultado de mi participación, incluyendo cualquier daño causado por la negligencia del Condado de Douglas, sus empleados, agentes, oficiales, voluntarios y contratistas, y cualquier otro participante. También entiendo que cualquier equipo que yo proporcione o pida prestado lo use bajo mi propio riesgo y se proporciona sin ninguna garantía sobre su estado o idoneidad.
2. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:** Yo, en mi nombre y en el de mis herederos, representantes, ejecutores, administradores y cesionarios, libero por la presente al Condado de Douglas (ya su personal) de cualquier causa de acción, reclamo, responsabilidad o demanda de cualquier naturaleza, incluyendo negligencia, por lesiones personales, daños a la propiedad, muerte o accidente relacionado con mi uso del muro de roca. Entiendo que será el único responsable de cualquier daño que sufra y, mediante este acuerdo, eximo al Condado de toda responsabilidad.
3. **INDEMNIZACIÓN, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y DEBER DE DEFENDER:** Por la presente prometo indemnizar, eximir de responsabilidad y defender al Condado de Douglas ya su personal de cualquier reclamo o demanda que surja de mi uso del muro de escalada, incluyendo reclamos por negligencia. indemnizar, eximir de responsabilidad y defender al Condado de Douglas de cualquier reclamo relacionado con mi propia negligencia y cualquier otro reclamo que surja de mi uso del muro de escalada en roca.
4. **ACUERDO DE SEGUIR TODAS LAS REGLAS DEL MURO DE ESCALADA:** Por la presente acepto seguir todas las reglas del muro de escalada en roca proporcionadas por el Condado de Douglas.
5. **DIVISIBILIDAD:** Acepto que este acuerdo funcione como una Asunción de Riesgo, Exención de Responsabilidad e Indemnización tan amplia e inclusiva como lo permita la ley de Nevada. Acepto que si alguna parte o disposición de este acuerdo es declarada inválida o inaplicable por un tribunal, la parte o disposiciones restantes continuarán en pleno vigor y efecto.
6. **LEY APLICABLE Y JURISDICCIÓN:** Este Acuerdo se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Nevada. Acepto que cualquier disputa que surja de este Acuerdo o del uso del muro de escalada se llevará a cabo únicamente en el Tribunal del 9º Distrito Judicial del Estado de Nevada, y consiento la jurisdicción exclusiva de dicho tribunal.

ME HE INFORMADO PLENAMENTE DEL CONTENIDO DE ESTE ACUERDO LEYÉNDOLO ANTES DE FIRMARLO. NO SE HAN REALIZADO REPRESENTACIONES ORALES, DECLARACIONES U OTROS INCENTIVOS PARA FIRMAR ESTE ACUERDO APARTE DE LO QUE CONTIENE EL ACUERDO POR ESCRITO. ENTIENDO QUE ESTE ES UN CONTRATO QUE AFECTA MIS DERECHOS LEGALES Y LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

Firma del usuario del muro: _____ Nombre en letra de molde: _____
Fecha: _____

SI EL USUARIO DEL MURO ES MENOR DE EDAD, SE REQUIERE LA FIRMA DE UN PADRE O ADULTO RESPONSABLE A CONTINUACIÓN:

En consideración a que se le permita al niño menor usar el muro de escalada en roca, acepte los contenidos de este Acuerdo. Certifico que tengo plena autoridad para firmar este Acuerdo en nombre del niño menor y tengo la intención de vincular al niño menor ya mí mismo a todos los términos del Acuerdo.

Firma del Padre/Adulto Responsable: _____ Parentesco con el menor: _____
Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

NRS 62B.510 Derechos del niño internado en un centro de detención.

Excepto según se disponga lo contrario en **NRS 62B.520** , un niño que sea puesto bajo el cuidado y la custodia de un centro de detención dentro de este Estado tiene el derecho:

1. A recibir información sobre sus derechos establecidos en este título.
2. A ser tratado con dignidad humana básica y respeto, sin la imposición intencionada de humillación.
3. A tener un acceso justo e igualitario a servicios, ubicación, cuidado, tratamiento y beneficios.
4. A un programa de educación que cumpla con los requisitos de la ley y sea apropiado para la madurez del desarrollo del niño.
5. A recibir comida adecuada, saludable y apropiada.
6. A recibir necesidades básicas adecuadas, apropiadas y accesibles, incluyendo, sin limitación, refugio, ropa limpia y productos e instalaciones de higiene personal.
7. Para tener acceso a los servicios de atención médica y de salud conductual necesarios, incluyendo, sin limitación:
 - (a) Servicios dentales, de visión y de salud mental;
 - (b) Exámenes, evaluaciones y pruebas médicas y psicológicas; y
 - (c) Remisión y recepción de evaluación y tratamiento médico, emocional, psicológico o psiquiátrico tan pronto como sea factible después de que se haya identificado la necesidad de tales servicios.
8. A estar libre de:
 - (a) Abuso o negligencia, según se define en **NRS 432B.020** .
 - (b) Castigos corporales, según se define en **NRS 388.478** , excepto el uso razonable de la fuerza que sea necesaria para preservar el orden, la seguridad o la protección del niño, del público, del personal del centro de detención o de otros niños que estén detenidos en el centro.
9. **(c)** La administración de medicación psicotrópica, a menos que la administración sea consistente con las políticas establecidas de conformidad con **NRS 62B.530** .
10. **(d)** Discriminación o acoso por motivos de su raza (real o percibida), etnia, ascendencia, origen nacional, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad mental o física, o exposición a cualquier enfermedad transmisible.
11. **(e)** La privación de alimentos, sueño, ejercicio, educación, almohadas, mantas o productos de higiene personal como forma de castigo o disciplina.
12. **(f)** Ser registrado con el propósito de acoso o como forma de castigo o disciplina.

- **(g)** Se le restrinja una ducha diaria, ropa limpia, agua potable, un inodoro o materiales de lectura relacionados con la educación o detención del niño como forma de castigo o disciplina.

9. A tener acceso y adaptaciones razonables para participar en servicios religiosos de su elección cuando estén razonablemente disponibles en las instalaciones del centro de detención, o negarse a participar en servicios religiosos.

10. A comunicarse con otras personas , incluyendo, sin limitación, el derecho:

- **(a) A tener contacto regular mediante visitas, llamadas telefónicas y correo con:**
 - (1) Hijos biológicos;
 - (2) Padres;
 - (3) Tutores;
 - (4) Abogados; y
 - (5) Otros adultos con quienes el niño haya establecido una relación familiar o de tutoría, incluyendo, sin limitación, clérigos, trabajadores sociales, maestros, mentores y otras personas, previa aprobación del centro de detención.
- **(b) A comunicarse confidencialmente con:**
 - (1) Cualquier agencia que brinde servicios de bienestar infantil al niño en relación con su cuidado;
- **(2)** Abogados, organizaciones de servicios legales y sus empleados y personales;
- **(3)** Defensores del pueblo y otros defensores;
- **(4)** Miembros del clero; y
- **(5)** Titulares de cargos públicos y personas que trabajan en un tribunal estatal o federal.

Nota: Excepto según lo dispuesto por un estatuto específico, una comunicación realizada de conformidad con este párrafo no se considera una comunicación privilegiada.

- **(c)** A denunciar cualquier presunta violación de sus derechos de conformidad con [NRS 62B.525](#) sin ser amenazado o castigado.

11. A participar , en persona, por teléfono o por videoconferencia, en todas las audiencias judiciales relacionadas con las circunstancias que llevaron a la detención del niño.

NRS 62B.515 Deber del centro de detención de notificación, entregar copias y publicar copia escrita de los derechos.

Un centro de detención deberá:

1. Informar al niño sobre sus derechos según se establece en [NRS 62B.510](#) ;
2. Proporcionar al niño una copia escrita de dichos derechos;
3. Proporcionar una copia escrita adicional de esos derechos al niño cuando lo solicite;

4. En la medida en que sea factible, proporcione una copia escrita de esos derechos al padre o tutor del niño; y
5. Publicar una copia escrita de los derechos establecidos en **NRS 62B.510** en un lugar visible dentro del centro de detención.

NRS 62B.520 Restricciones razonables al ejercicio de los derechos del niño.

Un centro de detención puede imponer restricciones razonables sobre el tiempo, lugar y manera en que un niño puede ejercer sus derechos establecidos en **NRS 62B.510** si tales restricciones son necesarias para preservar el orden, la seguridad o la protección del niño, del público, del personal del centro de detención o de otros niños que estén detenidos en el centro.

NRS 62B.525 Manera autorizada para que un niño en un centro de detención presente y repare una queja.

Si un niño cree que cualquiera de sus derechos establecidos en **NRS 62B.510** ha sido violado, el niño puede presentar y reparar una queja a través de, sin limitación:

1. Un miembro del personal del centro de detención;
2. Un oficial de libertad condicional o un oficial de libertad bajo palabra (*oficial de libertad condicional o libertad condicional*);
3. Una agencia que brinda servicios de bienestar infantil al niño, y cualquier empleado de la misma;
4. Un tribunal de menores con jurisdicción sobre el niño;
5. Un tutor *ad litem* para el niño;
6. Un abogado para el niño; o
7. El uso de cualquier procedimiento apropiado que haya sido establecido por la División de Servicios para Niños y Familias para abordar las quejas de los niños, tanto dentro como fuera de la detención.

NRS 62B.530 Centros de detención: establecimiento de políticas sobre accesibilidad, administración y uso concurrente de medicación psicotrópica para niños.

Cada centro de detención debe establecer políticas apropiadas para asegurar que los niños detenidos tengan acceso oportuno y una administración segura de medicación psicotrópica clínicamente adecuada. Las políticas deben incluir, sin limitación:

1. El uso de medicación psicotrópica de una manera que **no haya sido probada o aprobada** por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), incluyendo el uso en niños de una edad o con una condición para la cual la medicación no ha sido probada o aprobada.
2. El uso concurrente por parte de un niño de **tres o más clases** de medicamentos psicotrópicos.
3. El uso concurrente por parte de un niño de **dos medicamentos psicotrópicos de la misma clase**.

NRS 432B.020 Definición de "abuso o negligencia de un menor".

1. "Abuso o negligencia de un menor" significa, excepto según se disponga lo contrario en el subapartado 2:

(a) Lesión física o mental de naturaleza no accidental;

(b) Abuso sexual o explotación sexual; oh

(c) Trato negligente o maltrato según se establece en [NRS 432B.140](#) ,

De un menor causado o permitido por una persona responsable del bienestar del menor bajo circunstancias que indican que la salud o el bienestar del menor están dañados o bajo amenaza de daño.

2. Un menor no se considera abusado o descuidado, ni se considera que su salud o bienestar están dañados o amenazados por la **única razón** de que:

(a) El padre o madre del menor entrega al menor a un proveedor de servicios de emergencia de conformidad con [NRS 432B.630](#) , si el padre o madre cumple con los requisitos del párrafo (a) del subapartado 3 de dicha sección; oh

(b) El padre, madre o tutor del menor, de buena fe, selecciona y depende de un tratamiento remedial no médico para dicho menor, si tal tratamiento es reconocido y permitido bajo las leyes de este Estado en lugar de un tratamiento médico. Este párrafo no limita al tribunal en asegurar que un menor reciba un examen y tratamiento médico de conformidad con [NRS 62E.280](#) .

3. Según se utiliza en esta sección, "permitir" significa no hacer nada para prevenir o detener el abuso o la negligencia de un menor en circunstancias donde la persona sabe o tiene razones para saber que un menor es abusado o descuidado.

(Añadido a NRS por 1985, 1368; A 2001, 1255; 2003, 1149)

NRS 388.478 Definición de "castigo corporal".

"Castigo corporal" significa la imposición intencional de dolor físico, incluyendo, sin limitación, golpear, pellizcar o azotar.

(Añadido a NRS por 1999, 3237)—(Sustituido en revisión por [NRS 388.5225](#))

NRS 62B.525 Manera autorizada para que un menor en un centro de detención presente y repare una queja.

Si un menor cree que cualquiera de sus derechos establecidos en [NRS 62B.510](#) ha sido violado, el menor puede presentar y reparar una queja a través de, sin limitación:

1. Un miembro del personal del centro de detención;
2. Un oficial de libertad condicional (*oficial de libertad condicional*) o un oficial de libertad bajo palabra (*oficial de libertad condicional*);
3. Una agencia que proporcione servicios de bienestar infantil al menor, y cualquier empleado de la misma;
4. Un tribunal de menores con jurisdicción sobre el menor;
5. Un *tutor ad litem* para el menor;
6. Un abogado para el menor; o

7. El uso de cualquier procedimiento apropiado que haya sido establecido por la División de Servicios para Niños y Familias para abordar quejas de menores, tanto dentro como fuera de la detención.*(Añadido a NRS por 2017, 746)*