



FORMA DE DESBLOQUEO PARENTAL

(Parental/Legal Guardian Release Form)

Yo, _____, tengo custodio legal de _____ y doy mi permiso para que ella participe en el Programa para los Padres Adolescentes (APP). Comprendo que unos voluntarios aprobados y dirigidos por el programa proveyeran el compañerismo, el dirección y las actividades de recreo afuera de la casa para mi hija/o/menor.

1. Médico: Como una emergencia podría ocurrir cuando el personal piensan que la jóven necesitará ir al hospital u otro lugar para cuidado médico inmediatamente, consiento que el personal o los voluntarios refieren a la persona nombrada arriba para cuidado médico si es necesario. Sí _____ No _____

Alergías que tiene mi jóven (a las comidas, las medicinas, etc.) _____

¿Está su adolescente ahora tomando medicinas? Sí _____ No _____ Si "Sí," favor de incluir una nota de su médico, notando el tipo de medicina, la razón, el dosis, y cualquier efectos de la medicina.

¿Tiene su adolescente cualesquiera problemas médicos? Sí _____ No _____ Si "Sí," explique, por favor.

Favor de indicar el médico que usted prefiere (nombre, dirección, teléfono) _____

2. Desbloquear de la Información: Teniendo custodio legal de la/el adolescente nombrada/o arriba, por este medio doy mi permiso para el compartiendo de información con otras agencias, públicas o particulares, incluyendo las escuelas, solamente como sea necesario para el objeto del programa. Sí _____ No _____

3. Fotografías/Video: Por este medio doy mi permiso para el uso de fotografías o cinta video de la/el adolescente nombrada/o arriba para publicar los programas ofrecidos por el APP. Sí _____ No _____

4. Transportación: Por este medio doy mi permiso para que la/el adolescente nombrada/o arriba puede ser transportado por un voluntario, el Coordinador del programa o alguien designado por el programa para activiades asociadas con el APP. Sí _____ No _____

5. Desbloqueo: Por este medio, exonero los voluntarios, el Coordinador y gente asignado por este programa de cualquier pérdidas, daños o heridos que _____ podría recibir mientras asistiendo a o participando en cualquier actividad con el Adolescent Parenting Program (Programa para los Padres Adolescentes).

Firma de Padre/Madre o Custodio Legal

Fecha

Firma de Coordinador del APP

Fecha

En caso de emergencia, contacto con:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____