



Consentimiento de los Padres o Tutor Legal:

Autorizo a mi hijo(a) adolescente a participar en los programas de salud sexual para adolescentes Flourish/UNIFY, los cuales serán facilitado por un/a educador/a de salud pública del Departamento de Salud Pública del Condado Forsyth. También libero al Departamento de Salud Pública del Condado Forsyth, a su personal, voluntarios y a sus colaboradores de cualquier responsabilidad que pudiera surgir durante las sesiones de salud para adolescentes.

Entiendo que mi hijo adolescente ha sido invitado a participar en actividades y sesiones quincenales de Flourish/UNIFY, las cuales se llevarán a cabo en el Departamento de Salud Pública del Condado de Forsyth bajo la supervisión directa del personal del programa de dicho departamento. Los temas pueden incluir la presión de grupo, el acoso escolar (*bullying*), las relaciones saludables, la abstinencia, el sexo y sus riesgos y efectos, las opciones de control de la natalidad y la prevención del VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Entiendo que, a través de actividades educativas, mi hijo adolescente aprenderá o mejorará habilidades relacionadas con la comunicación, la resolución de problemas, el establecimiento de metas y otros temas afines que le permitirán tomar decisiones saludables para su estilo de vida. Entiendo además que mi hijo adolescente practicará habilidades de liderazgo y participará como miembro de la sesión en diversos juegos, encuestas y otras actividades interesantes.

Los temas y actividades de Flourish incluyen: ejemplos de anatomía femenina en libros de texto, salud mental y recursos, presión de grupo y situaciones hipotéticas, escritura de diarios, pubertad y ciclos menstruales, diversidad/cultura, acoso escolar, etc.

Los temas y actividades de Unify incluyen: ejemplos de anatomía femenina y masculina en libros de texto, ejemplos de métodos anticonceptivos, sexualidad e identidad, ejemplos con imágenes de ETS/ITS, escritura de diarios, abuso de sustancias, demostraciones de cómo usar condones, salud mental y algunos recursos, etc.

Por la presente, autorizo a mi hijo(a) adolescente a participar en las sesiones de salud sexual para adolescentes de Flourish/UNIFY y eximo de toda responsabilidad al Departamento de Salud Pública del Condado de Forsyth, al anfitrión/coordinador del centro de salud para adolescentes, al personal y a los voluntarios por cualquier consecuencia derivada de dicha participación.

_____ Sí, mi hijo(a) tiene permiso para participar.

_____ No, mi hijo(a) NO tiene permiso para participar.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____



Formulario de inscripción al programa para jóvenes

Por favor, marque el programa en el que inscribirá a su hijo/a o adolescente:

☐ Flourish (Niñas de 9 a 13 años) ☐ UNIFY (Mixto, de 14 a 18 años)

Información del joven o la joven

Nombre completo: _____

Nombre de preferencia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Escuela/Grado: _____

Pronombres de preferencia: Ella ☐ Él ☐ Elle/Otro ☐ Otro:

Información del padre, madre o tutor

Nombre del padre, madre o tutor legal: _____

Dirección particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

¿Podemos enviarle mensajes de texto y alertas del programa? ☐ Sí ☐ No

Preferred Method(s) of Contact: ☐ Text ☐ Email ☐ Phone Call

Contacto de emergencia (si no se puede localizar al padre, madre o tutor)

Nombre: _____

Relación con el joven o la joven: _____ Teléfono: _____

Transporte

¿Necesita ayuda con el transporte? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, la ayuda se necesita para: ☐ Ir a las sesiones ☐ Regresar de las sesiones

☐ Ambos

Información de salud y apoyo

¿Tiene su hijo/a o adolescente alguna alergia, restricción alimentaria, medicación u otro problema de salud que debemos conocer?

¿Tiene su hijo/a o adolescente alguna necesidad física, emocional, de comportamiento, de aprendizaje o de accesibilidad que debemos conocer para apoyarle durante el programa?



Información adicional

¿Hay algo más que le gustaría que el personal del programa supiera sobre su hijo/a o adolescente?

Permiso del padre, madre o tutor legal

I confirm that the information provided above is accurate to the best of my knowledge. I give permission for my child/teen to participate in the selected Flourish or Unify program. I understand that program staff may contact me regarding scheduling, transportation, program updates, and emergencies.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Solo para uso del programa

Fecha de recepción: _____

Iniciales del personal: _____

¿Se requiere seguimiento sobre el transporte?

☐ Sí

☐ No

Complete y devuelva a
Coordinadora de Salud para Adolescentes
Tenesha M. McDuffie, MPH, CHES
mcdufftm@forsyth.cc
Phone: 336-703-3180
799 N. Highland Ave Winston-Salem, NC 27101