



Cumberland Regional High School Colt Connection

A School-Based Youth Services Program



90 Silver Lake Road . Bridgeton, NJ 08302 . Phone: 856-451-9400 x279 . E-Fax: 1(856)494-7905

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

El objetivo de Conexión Colt, un programa de servicio a la juventud basado en la escuela (SBYSP) financiado por generosas subvenciones del Departamento de Niños y Familias de Nueva Jersey (DCF) y bajo la dirección de CompleteCare Health Network (CCHN), es ayudar a los jóvenes a navegar sus años de adolescencia, terminar su educación, obtener habilidades que conduzcan al empleo o a la educación continua, y graduarse feliz, saludable, y libre de drogas / alcohol. Con este propósito en mente, Conexión Colt proporciona un conjunto integral de servicios a los estudiantes y familias dentro de la comunidad de escuela secundaria regional de Cumberland. Cualquier estudiante que asista a esta escuela es elegible para recibir servicios con el consentimiento de los padres. Los servicios pueden incluir:

- ** Asesoramiento de apoyo individual, grupal y familiar
- ** Exploración de carrera/empleo, Capacitación en habilidades y apoyo de preparación
- ** Oportunidades de recreación y enriquecimiento después de la escuela
- ** Desarrollo saludable de los jóvenes y habilidades para la vida
- ** Programas de prevención del alcohol, las drogas y la violencia y educación para la salud
- ** Vinculación a los recursos comunitarios
- ** Apoyo académico, tutoría, tutoría y planificación posterior a la graduación

Yo, _____ consentimiento para tener _____
(Nombre del padre/tutor IMPRIMIR) (Nombre del estudiante IMPRIMIR)

participar en servicios voluntarios proporcionado por el Programa de Servicio a la Juventud Basado en Cumberland Reg. Escuela Secundaria, excepto:

Consiente que el Programa Basado en la Escuela Conexión Colt obtenga los registros escolares apropiados y colabore con el personal de CRHS. Entiendo que la información importante sobre mi hijo no será divulgada sin el consentimiento adecuado. También consiente permitir que mi hijo sea fotografiado en entornos grupales para publicaciones de medios sobre el programa escolar y participar en encuestas del Programa Basado en la Escuela para determinar la eficacia de nuestros servicios.

_____ (Inicial aquí) Entiendo que CompleteCare Health Network cumple con todas las leyes estatales/federales de la HIPAA y que una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" y "Derechos de los pacientes" se puede encontrar en línea en www.crhhsd.org (bajo estudiantes pestaña Conexión Colt), en nuestra oficina dentro de la escuela, o en cualquier sitio de CompleteCare Health Network dentro del área sur de Nueva Jersey. NO se dará a conocer ninguna información personal a menos que el estudiante y/o tutor le dé el permiso apropiado de acuerdo con la ley del NJ.

Una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" y "Derechos de los Pacientes" se enviará al padre/tutor por correo electrónico o correo postal al recibir este consentimiento.

Telesalud Entiendo que los servicios de asesoramiento de apoyo pueden ofrecerse a través de plataformas de telesalud como respuesta a la Pandemia Covidio-19. Entiendo que la video-tecnología de conferencia, aunque seguro y compatible con HIPAA, puede no ser lo mismo que las visitas directas de clientes / consejeros, ya que no estamos en la misma habitación. Entiendo que, si bien los servicios de telesalud tienen beneficios potenciales, incluido un acceso más fácil a la atención, riesgos potenciales para esta tecnología incluyen interrupciones y dificultades técnicas. Entiendo que los servicios de soporte de telesalud, al igual que todos los servicios de Conexión Colt se pueden discontinuar en cualquier momento. Entiendo que puedo preguntarle al personal de Conexión Colt sobre los servicios de telesalud para que todas mis preguntas sean respondidas, asegurarme de que entiendo los riesgos, beneficios y todas esas alternativas prácticas se han discutido.



**Cumberland Regional High School
Colt Connection**

A School-Based Youth Services Program



90 Silver Lake Road • Bridgeton, NJ 08302 • Phone: 856-451-9400 x279 • E-Fax: 1(856)494-7905

FIRMA DE PADRES/TUTORES

FECHA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA

*Sujeto a actualizaciones recientes de la Ley Pública N.J. 2015, Capítulo 287, aprobado 1/19/16, Conexión Colt SBYSP permite a los menores mayores de 16 años participar en servicios selectos sin el consentimiento de un padre/tutor. La participación del padre/tutor, sin embargo, es muy recomendable y será alentada por el personal.

FORMULARIO DE REGISTRO

Por favor complete el siguiente formulario. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina en 856-451-9400 x279. ¡Gracias!

1. NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ 2. ID DE ESTUDIANTE #: _____

2. DIRRECIÓN: _____

3. TELÉFONO #: _____ 4. FECHA NACIMIENTO: _____

5. GÉNERO: _____ 6. GRADO: _____ 7. Pronombres preferidos: _____

8. RAZA/ETNICIDAD: **Afroamericano Blanco Hispano/Latino Asiático Multirracial Otro** _____

9. IDIOMA PRIMIGENIO HABLADO EN CASA: _____

10. ¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRTE A LA CONEXIÓN COLT??

Propio Amigo Padre Enfermera Orientación/CST Maestro Principal Otro _____

11. ¿QUÉ ADULTOS VIVEN EN TU CASA?

Madre/Padre Abuela/Abuelo Madrastra/Padrastro Ninguno/Otro _____

12. ¿QUÉ TIPO DE SEGURO MÉDICO TIENE? (SBYSP no factura un seguro por ningún servicio.)

Medicaid Cuidado familiar de NJ Privado No sé Otro _____

13. CONTACTO ENTRE PADRES Y GUARDIANOS / INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:

Nombre:	Nombre:
Teléfono:	Teléfono:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Relación con el estudiante:	Relación con el estudiante:



**Cumberland Regional High School
Colt Connection**

A School-Based Youth Services Program



90 Silver Lake Road • Bridgeton, NJ 08302 • Phone: 856-451-9400 x279 • E-Fax: 1(856)494-7905

POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a vincular a su familia con los recursos comunitarios adecuados...

¿Su hijo es actualmente un paciente en CompleteCare Health Network?	SÍ	NO
¿Está recibiendo actualmente servicios estatales, como NJ Cuidado familiar, TANF o WIC?	SÍ	NO
¿Tiene un proveedor de atención primaria?	SÍ	NO

¿Desea información sobre? ___ Seguro médico ___ Odontólogos ___ Cuidado de los ojos ___ Salud conductual