

Qué haces después de escuela?

Sitio: _____ Salón #: _____ Hora: _____
Comienza el día _____ de _____ 2017!



Qué es el Círculo de Hermanas?

Un sitio para niñas 9 – 12 años para:

- ☼ Expresarte en un grupo
- ☼ Hacer divertidas actividades
- ☼ Hacer nuevas amistades
- ☼ Aprender a hacer cosas nuevas en un lugar seguro
- ☼ Conversar con otras chicas y comer bocadillos

Qué es el propósito de Círculo de Hermanas?

- ☼ Promover un sentido de conciencia y valor hacia sí misma
- ☼ Desarrollar habilidades para poder tomar decisiones para una vida saludable
- ☼ Construir relaciones inter-personales saludables
- ☼ Reducir el nivel de violencia entre las niñas adolescentes

Visítanos! Es Fácil!

- ☼ Llena una solicitud
- ☼ Gratis para las participantes
- ☼ Encuéntranos en www.circleofsisters-sjhs.org

St. Joseph Health 

CIRCULO DE HERMANAS

Declaración de Compromiso

Padres de familia por favor revisar la siguiente declaración de compromiso con su hija, igualmente converse a cerca de la conducta y guías de seguridad.

Yo acepto la oportunidad para unirme al Círculo de Hermanas como un miembro respetable del círculo.

Apoyaré las reglas de comportamiento que siguen:

1. Yo tomaré responsabilidad por mis decisiones y acciones.
2. Yo trataré a otras personas con respeto por medio de mis palabras y acciones, siempre usando mi sentido común a lo mejor de mi habilidad.
3. Yo resolveré mis conflictos con palabras respetuosas, expresaré mis asuntos y escucharé a los asuntos de otros y pediré la ayuda de un/a líder adulto si sea necesario.
4. Yo seguiré el reglamento del personal y los voluntarios del Círculo de Hermanas..
5. Para que yo y las otras nos sentamos seguras en compartir nuestros pensamientos, mantendré confidenciales todos los temas personales que se discutan en el círculo.
6. Yo estoy dispuesta a ser abierta para compartir, aprender y crecer, para aumentar me experiencia de mi vida, y la vida de las personas que me rodean.
7. Yo evitaré drogas, alcohol y tabaco, ni participaré en conducta sexual.
8. Yo buscaré apoyo de un/a adulto bueno y cariñoso, cuando necesite hablar o necesite apoyo.
9. Yo estaré con el grupo todo el tiempo, en el área asignada, al menos que me den permiso de salir.
10. Yo pediré permiso para usar las cosas que no son mías.
11. Yo comprometeré a asistir todos los grupos, el tiempo completo, para obtener confianza y seguridad en el grupo. Solo faltara si hay enfermedad o una ausencia justificada por el líder.
12. Mi padre/guardián más de 18 años de edad firmara por mí al final de grupo o actividad de Círculo de Hermanas.

Si algún miembro del Círculo de Hermanas decide no seguir el reglamento, Círculo de Hermanas tomará las medidas disciplinarias apropiadas. Por favor, tome en cuenta que la expulsión del programa será automática si la miembro se ve envuelta en lo siguiente: robando, peleando, teniendo problemas con la ley, drogas, alcohol, o posesión de tabaco.

Yo he leído y discutido la cuestión de conducta y seguridad con mi madre o padre/guardián. Entiendo que los adultos del programa a lo mejor tendrán que hablar con la escuela, mi madre o padre/guardián, u otras agencias apropiadas para poder protegerme, en caso que surja alguna preocupación sobre mi salud y seguridad.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

CIRCULO DE HERMANAS

Queridos Madres o Padres/Guardianes,

Durante este año escolar, estaremos cubriendo una variedad de temas en nuestro programa después de la escuela. Estos temas incluirán: Imagen Física y Desarrollo Físico, Educación Sobre Alcohol y Drogas, y Prevención de Violencia.

Favor de llenar y firmar las tres secciones dándole permiso para que su hija pueda participar. Es posible que mandemos otras formas específicas para los paseos durante el año escolar.

1.

Imagen Física y Desarrollo Físico. Mi hija, _____
tiene mi permiso para ir a la clase.

Firma de Madre o Padre/Guardián _____ Fecha _____

Nombre (favor de escribir en letras de molde) _____

2.

Educación de drogas y alcohol. Mi hija _____
tiene mi permiso para ir a la clase.

Firma de Madre o Padre/Guardián _____ Fecha _____

Nombre (favor de escribir en letras de molde) _____

3.

Prevención de Violencia. Mi hija _____
tiene mi permiso para ir a la clase.

Firma de Madre o Padre/Guardián _____ Fecha _____

Nombre (Favor de escribir en letras de molde) _____

CIRCULO DE HERMANAS

Declaración de Compromiso para Paseos

Par Padres de familia por favor revisar la siguiente declaración de compromiso con su hija, igualmente converse a cerca de la conducta y guías de seguridad.

1. Yo tomare responsabilidad por mis decisiones y acciones cuando este de paseo con Circulo de Hermanas
2. Yo seré respetuosa hacia otras personas, lugares, y cosas cuando este de paseo con Circulo de Hermanas
3. Yo entregare mi permiso de paseo **A TIEMPO** a mi líder de COS, con información correcta
4. Yo no me alejare de mi supervisión adulta o líder de COS hasta que mi padre o guardián me haya recogido del paseo.
5. Yo entiendo que mis acciones y comportamiento en el grupo determinaran si puedo participar en paseos futuras con Circulo de Hermanas
6. Yo me asegure de llegar y ser recogida a tiempo por mi padre o guardián
7. En case que no sea capaz de participar en el paseo, yo le dejare saber a mi líder lo antes posible
8. No traeré objetos peligrosos o inapropiados en el paseo
9. Tendré mi hoja de permiso firmada por mi padre o guardián
10. Yo soy responsable por todas mis cosas durante el paseo

Si algún miembro del Círculo de Hermanas decide no seguir el reglamento, Círculo de Hermanas tomará las medidas disciplinarias apropiadas. Por favor, tome en cuenta que la expulsión del programa será automática si la miembro se ve envuelta en lo siguiente: robando, peleando, teniendo problemas con la ley, drogas, alcohol, o posesión de tabaco.

Yo he leído y discutido la cuestión de conducta y seguridad con mi madre o padre/guardián. Entiendo que los adultos del programa a lo mejor tendrán que hablar con la escuela, mi madre o padre/guardián, u otras agencias apropiadas para poder protegerme, en caso que surja alguna preocupación sobre mi salud y seguridad.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha

CIRCULO DE HERMANAS

Forma de Registración

(Esta información se mantendrá CONFIDENCIAL)

Ha participado su hija en Círculo de Hermanas anteriormente? Si No

Nombre de Hija _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Sitio de programa: _____

Cuantos adultos viven en casa: _____ Cuantos niños viven en casa: _____

Ingreso aproximado anual de su hogar:

\$0 - \$11,670 \$11,670 - \$19,790 \$19,790 – 27,910 Más de \$27,910

Idioma(s) de la casa: _____

Raza: (Opcional)

____ Africana/Americana

____ Asiática

____ Filipino

____ Indio Americana

____ Latino/Hispana

____ Caucásiana

____ Otra

Cuidador Principal: _____ Relación a la joven: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____

E-mail: _____

#2 Madre/Padre/Guardián: _____ = _____ Relación a la joven: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____

E-mail: _____

****No hay costo a su familia o su escuela por la participación de su hija en el programa Círculo de Hermanas.**

Hay 20 lugares en cada grupo de Círculo de Hermanas disponibles en la orden que llegan las solicitudes. Las oficinas de las escuelas aceptarán las solicitudes y pondrán fecha al recibirlas. Las solicitudes que llegan más de los 20, serán puestas en una lista de espera, y avisado cuando abre un lugar.

Yo (nosotros) entiendo que este es un programa estructurado después de las horas regulares de escuela, una o dos tardes por semana. Yo doy mi autorización para su participación en las actividades y viajes supervisados con el programa. Siempre las jóvenes regresaran a la escuela a la hora regular. Yo entiendo que es mi responsabilidad buscar transportación para mi hija de la escuela. El personal de Círculo de Hermanas no estarán disponible para llevar a las niñas a casa, ni para esperar con ellas después de las horas del programa.

Yo (nosotros) doy permiso que mi hija tenga acceso a internet durante actividades supervisadas del programa durante el año.

Yo (nosotros) doy mi consentimiento a mi hija de participar en el programa Círculo de Hermanas durante el año escolar.

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____

Autorización de uso de Imagen

Yo doy permiso al Círculo de hermanas para que entrevisten y le tomen fotos a mi hija para población para propósito de promover el programa Círculo de Hermanas. Yo entiendo que estas fotos serán tomadas durante la participación de mi hija en el programa Círculo de Hermanas. Estoy de acuerdo y no considero responsable a Círculo de Hermanas por la redistribución de fotografías por otros medios de comunicación. Por ejemplo: Agencias que pudieran colocar imagines en el internet vía websites y/o portales de medios de comunicación sociales.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

CIRCULO DE HERMANAS

Forma de Consentimiento en Casos de Emergencia

El personal de Círculo de Hermanas les gustaría asegurarse que su hija está bien cuidada durante su participación en el programa. Por esta razón, necesitamos su permiso para asegurar que podemos conseguirla atención médica en caso de una emergencia, y en caso que usted no esté disponible.

Para mi hija, yo autorizo al personal de Círculo de Hermanas, agente para el infrascrito en mi ausencia, a dar su consentimiento para un examen de rayos-x, anestesia, un diagnóstico médico o quirúrgico o tratamiento; cuidado de hospital determinado aconsejable por cualquier médico o cirujano con licencia bajo el Decreto de Medicina, y que será brindado bajo su supervisión general o especial, y sea que el diagnóstico o tratamiento sea brindado en la oficina de dicho médico o en cualquier facilidad médica con licencia.

Se entiende que esta autorización es dada en adelanto de cualquier diagnóstico, tratamiento, o cuidado hospitalario específico requerido, pero que es dada para proveer autoridad y poder el agente antes mencionado, para que dé consentimiento específico en cualquier emergencia médica a cualquier y todos los diagnósticos, tratamientos o cuidados hospitalarios que el médico antes mencionado considere aconsejable, dentro del ejercicio de su mejor juicio. Se da esta autorización en acorde con las provisiones de la Sección 25.8 Código Civil de California.

Yo doy consentimiento al personal de Círculo de Hermanas.

Nombre de Padre/Guardián _____ Relación _____ Fecha _____

Nombre de Estudiante _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Cell # _____ Teléfono de Trabajo _____ Pager # _____

Condiciones medicas/alergias _____

Medicamentos _____

Nombre del Seguro Medica _____

Numero de Póliza _____

¿Tiene Medi-Cal gratis su hija? Si No (opcional)

Numero de Medi-Cal _____

Si no tiene, quiere usted información sobre aseguranza de salud para su hija? Si No

Nombre del Médico o Clínica Comunitaria _____

Nombre del Dentista o Clínica Dental _____

Firma(s) del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Yo no doy consentimiento y acepto responsabilidad personal por mi hija.

Firma(s) del Padre/Guardián _____ Fecha _____