



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN, EXENCION DE RESPONSABILIDAD Y RECONOCIMIENTO DE RIESGOS

Fin de semana de Transcurso de Aprendizaje y Aventura (ROPAW) y los subsecuentes Grupos de Jóvenes

Nombre del participante:

Si tiene menos de 18 años, Nombre del guardián legal:

En consideración de los servicios de la Red de Mentores de Jóvenes a Hombres (Boys to Men), incluyendo todos sus funcionarios, directores, empleados, líderes, co-líderes, voluntarios, afiliados y todas las personas y entidades que actúen por ella o en su nombre (de aquí en adelante, "BTM") y el derecho a participar en un Fin de semana de Transcurso de Aprendizaje y Aventura [Rites of Passage Adventure Weekend (ROPAW)] y en los subsecuentes Grupos de Jóvenes (JGroups) como participante, por la presente voluntariamente y libremente estoy de acuerdo de liberar, indemnizar y mantener a BTM y organizaciones asociadas inofensivas en nombre De mis hijos, de mis padres, de mis herederos, cesionarios, representantes personales y patrimonio, de la siguiente manera:

I. DIVULGACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE RIESGOS

Entiendo que el Rites of Passage Adventure Weekend es un curso personal de crecimiento y desarrollo que involucra riesgos conocidos e imprevistos que podrían resultar en lesiones físicas o emocionales, parálisis, muerte, enfermedad o daño a mí mismo, a la propiedad o a otras personas. Entiendo que tales riesgos no pueden ser eliminados sin poner en peligro las cualidades esenciales de la actividad. Estos riesgos incluyen, entre otras cosas:

A. La esencia propia del ROPAW que implica:

1. Actividades intensas y vigorosas, físicas, mentales, emocionales, e intelectuales tales como juegos al aire libre y de interior durante el día o la noche, juegos de actuación (por ejemplo, representación de eventos pasados, sentimientos o partes de la psique o personalidad) y ejercicios y procesos que pueden incluir O resultar en estrés físico, mental, o emocional, angustia y fatiga



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

(por ejemplo: Enfrentar y superar obstáculos físicos, emocionales o mentales para el logro de metas);

2. El potencial de muerte; Para las lesiones del sistema esquelético-neuro-muscular (como esguince muscular, fracturas, rupturas, moretones, pérdida del miembro o pérdida del uso de la extremidad, paraplejía y tetraplejía), a los órganos internos, al sistema cardiovascular (tales como presión arterial elevada, pulso elevado, ataque cardíaco, aneurisma, hemorragia o accidente cerebrovascular), a los ojos o a los oídos (pérdida de la vista o de la capacidad de oír), al cuerpo (como raspaduras, rasguños, perforaciones, laceraciones) y a la salud mental (como depresión o traumatización relacionada con su historia psicológica); y

3. El potencial para transformare su opinión con respecto a temas tales como: educación, carrera, trabajo o negocio; Relaciones con la familia, amigos, mujeres, compañeros de escuela, compañeros de trabajo, y el comportamiento en el ambientó social, personal o de la escuela y los negocios.

B. Los actos u omisiones de BTM que pueden, entre otras cosas, ignorar la aptitud o las habilidades de cualquier participante; Malinterpretar el tiempo, los elementos o el terreno; O dar instrucciones, advertencias o consejos inadecuados.

C. Defectos o condiciones aparentes en el equipamiento o propiedad suministrados por BTM u otras personas o entidades, incluyendo el uso o operación de dicho equipo.

D. Las acciones de otros participantes en esta experiencia u otras personas.

II. ACUERDO DE PARTICIPACION

1. Yo y mis representantes reconocemos expresamente y aceptamos y prometemos aceptar todos los riesgos existentes en un ROPAW y grupos de trabajo posteriores, incluyendo aquellos riesgos listados arriba, así como los riesgos no específicamente mencionados anteriormente.

2. Yo y mis representantes comprendemos, reconozco y represento que mi participación en una ROPAW y grupos posteriores y en cada una de sus partes es puramente voluntaria y opto por participar a pesar y con pleno conocimiento de todos los riesgos. Reconozco que en todo momento seré libre para elegir dejar el entrenamiento o no participar en ninguna parte o todo el ROPAW o JGroups posteriores.

3. Yo y mis representantes, por la presente, autorizo a BTM a tomar todas y cada una de las medidas razonables en mi nombre en caso de cualquier lesión, enfermedad o afección física o de otro tipo que pueda sufrir durante el ROPAW y los JGroups posteriores. BTM queda autorizado para aplicar primeros auxilios de emergencia, contratar a médicos de cualquier clase, servicios de enfermería, servicios de ambulancia, servicios de paramédicos, o cualquier otro servicio o personal que a su entera discreción y



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

juicio si BTM puede ser considerado razonable y necesario para mi atención inmediata, salud y seguridad.

4. Yo y mis representantes por el presente voluntariamente liberamos, descargamos para siempre BTM y aceptamos indemnizar y mantener a BTM inofensivo con respecto a cualquier responsabilidad, reclamos, demandas o causas de acción y daños que surjan de, o estén de alguna manera conectados a Mi participación en un ROPAW y grupos posteriores, mi uso de equipos o instalaciones BTM, o la provisión por BTM de servicios de emergencia, incluyendo pero no limitado a reclamaciones alegando actos negligentes u omisiones o negligencia médica.

5. Estoy de acuerdo y prometo indemnizar y mantener a BTM libre de todos los costos y responsabilidades, incluyendo, pero no limitado a, honorarios de abogados, incurridos por BTM en relación con reclamos por lesiones personales o daños a la propiedad al personal, otros participantes, voluntarios, espectadores o Otros terceros que se deriven de, o están de alguna manera relacionados con mi participación en este ROPAW o JGroups posteriores.

6. Al firmar este documento, reconozco y reconozco plenamente que si alguien (incluyendo yo) es herido o si propiedad es dañada, perdida o destruida, como resultado de mi participación en un ROPAW o grupos posteriores, puedo ser encontrado por un tribunal De derecho de haber renunciado a cualquier derecho que pudiera tener para presentar una demanda o presentar una demanda contra BTM.

7. En caso de que BTM o cualquier persona que actúe en su nombre se vean obligados a incurrir en honorarios de abogados y costos en relación con cualquier esfuerzo para hacer cumplir este acuerdo como resultado de mi participación en un ROPAW o JGroups posteriores, estoy de acuerdo y prometo indemnizar y mantenerlos inofensivos Contra todos estos honorarios y costos.

8. Certifico que tengo un seguro de salud, accidente y responsabilidad civil suficiente para cubrir los costos y gastos de cualquier lesión o daño que pueda sufrir o causar mientras participo en un ROPAW o grupos posteriores. Si no tengo tal seguro, me comprometo a asumir todos los costos de todos y cada uno de estos gastos y responsabilidad.

9. Certifico que he completado el cuestionario médico confidencial requerido por BTM; Que he revelado todas y cada una de las condiciones físicas, emocionales o mentales por las que he recibido tratamiento o estoy recibiendo tratamiento; Que la información que he proporcionado relativa a mi condición física, emocional o mental es completa y verdadera; Y que he cumplido con los requisitos médicos de BTM. Además, certifico que no tengo ninguna condición médica que pueda interferir con mi seguridad en el entrenamiento y acepto responsabilizarme y asumir los costos de todos los riesgos, responsabilidades, reclamos, demandas o causas de acción y daños que surjan o estén en Cualquier forma relacionada con cualquier condición médica que tengo a pesar de si si o no yo he revelado anteriormente esa condición a BTM.



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

10. He tenido suficiente oportunidad para leer y entender este documento completo. Lo he leído y entendido. Acepto estar obligado por todos sus términos.

Firma del participante: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del Padre o Guardián: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Información demográfica

Estas preguntas son de naturaleza específica para el tipo de datos que nuestra organización necesita para solicitar ciertas subvenciones. Estas subvenciones son una porción significativa de nuestro presupuesto operativo general. Estas respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales y serán únicamente para fines de notificación de subvenciones.

¿Su participante califica para comidas gratis o reducidas?

Si No

¿Cuántas personas (incluyendo usted) viven en su hogar? (Marque uno)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Más

¿Cuál es su ingreso mensual aproximado?

\$1966 o menos / \$1967 - \$2473 / \$2474 - \$2981 / \$2982 - \$3488 / \$3489 - \$3996 / \$3997 - \$ 4503 Más

¿Ha sido su joven alguna vez encarcelado, detenido o en libertad condicional?

Si No

Especifique el origen étnico del participante (o raza):

Caucásico

Hispano o Latino

Negro o Afroamericano

Indio Americano

Asia / Islas del Pacífico Otro

¿Alguno de sus padres ha estado en las fuerzas armadas o actualmente está activo?

Si No

¿Alguno de tus padres ha estado encarcelado?

Si No



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

¿A qué escuela asistes? _____

¿En qué año espera graduarse de la escuela secundaria? _____

REGISTRO MÉDICO CONFIDENCIAL

Con el fin de familiarizar a nuestro personal con las necesidades médicas de su hijo, y para asegurar la seguridad de su hijo y todos los demás participantes, requerimos que usted complete este expediente médico confidencial. Si su hijo se enferma o se lesiona el fin de semana, podemos compartir esta información con el personal médico. De lo contrario, toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Por favor complete cada artículo en cada sección. Marque N / A si alguna sección no es aplicable. Si nos envía este formulario por favor, guarde una copia.

Información general

Nombre del niño _____

Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Correo electrónico: _____ Edad _____

Contacto familiar _____

Relación _____

Dirección _____

Numero al que se pueda encontrar durante el día _____

Teléfono celular: _____

Numero al que se pueda encontrar de noche _____

Correo electrónico: _____

Médico _____

Número de Teléfono _____

Seguro: _____

Numero de Teléfono _____ Número de póliza: _____



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

Fecha de vencimiento: _____

¿Su participante tiene alguna condición médica o física que pudiera afectar su participación en el Fin de Semana de Niños a Hombres?

¿Alguna vez ha sido hospitalizado? (S / N) Si es así, ¿para qué?

¿Su participante necesita algún medicamento durante el fin de semana?

Si No

Si es así, por favor haga una lista a continuación y dé todos los medicamentos a la persona del personal el viernes cuando deje a su hijo.

Medicamentos

Medicación	Cuanto y Cada Cuanto	Motivo	Efectos secundarios

Alergias médicas

¿Tiene alguna alergia? (S / N) Si es así, por favor haga una lista a continuación.

Medicación	Reacción



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

¿Tiene su hijo alguna inquietud emocional o psicológica que deba ser afrontada?

En caso de emergencia médica, indique instrucción específica

Historial médico

¿Su participante tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones o síntomas? Por favor, especifique Sí o No para cada condición.

		Si	No			Si	No			Si	No
1	Discapacidad Visual			20	Problemas de riñón			39	Meros Frecuentes		
2	Discapacidad Auditiva			21	Obesidad			40	Desmayos Frecuentes		
3	Presión Alta			22	Artritis			41	Diabetes		
4	Enfermedad del corazón			23	Huesos rotos			42	Hipoglucemia		
5	Murmullo del corazón			24	Problemas de cuello o espalda			43	Trastornos de la alimentación		
6	Colesterol Elevado			25	Problemas articulares			44	Problemas tiroideos		
7	Latido del Corazón Irregular			26	Calambres musculares			45	Problemas endocrinos o de las glándulas		
8	Antecedentes familiares de ataque al corazón			27	Tuberculosis			46	Pérdida de peso inexplicable		
9	Problemas de Circulación			28	Exposición a la tuberculosis			47	Desorden de sangre		
10	Dolor en el pecho			29	Infecciones pulmonares recurrentes			48	Trastorno sanguíneo o anemia		



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

11	Palpitaciones del corazón			30	Hepatitis activa			49	Enfermedad de células falciformes o rasgo		
12	Falta de aliento			31	Historia de la hepatitis B o C			50	Cáncer		
13	Tos crónica			32	VIH positivo o SIDA			51	Problemas de la piel		
14	Asma			33	Sudoración inexplicada			52	Necesidad dietéticas especiales		
15	Ulceras			34	Trastorno convulsivo			53	Equipos y dispositivos médicos		
16	Problemas intestinales			35	Convulsión en el último año			54	Requisitos físicos especiales		
17	Acidez			36	Dolores de cabeza			55	Problemas Psiquiátricos o emocionales		
18	Infecciones de la Vejiga			37	Lesión de cabeza significativa			56	Otro		
19	Dificultad para orinar			38	Discapacidad de aprendizaje						

Respuestas Detalladas

Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas de la sección anterior, explique a continuación. Incluya lo siguiente:

¿Qué síntomas específicos están ocurriendo?

Con qué frecuencia se presentan los síntomas o condiciones

Cuánto duran los síntomas / condiciones

Cómo se cuida por los síntomas y las condiciones

Cómo los síntomas / condiciones restringen su actividad

Fecha de la última ocurrencia

Numero del sintoma	Respuestas Detalladas



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

Información del tamaño del participante:

Altura _____ Peso _____ Edad _____

Tamaño de la camiseta (círculé uno) S / M / L / XL

Shorts / tamaño de los pantalones (círculo) S / M / L / XL

Historia de tutelaje

¿Su hijo ha sido emparejado con Big Brothers Big Sisters?

Sí, ahora Sí, en el pasado pero no ahora Esta en la lista de espera para ser emparejado No, nunca

Si estuvo emparejado previamente, ¿Puede decirnos por qué su joven no está emparejado ahora?

Historia psicosocial

¿Ha estado su hijo en terapia en los últimos dos años? Si No

¿Está actualmente en terapia? Sí No

En caso de que si, por favor describa la razón brevemente en la sección de respuestas detallada más arriba.

Razón de la terapia (marque todas las respuestas apropiadas):

Asuntos académicos Problemas familiares Depresión Abuso de
Sustancias Suicidio Otro

Consejero primario _____

Teléfono _____

Dirección _____

¿Alguna vez su participante ha sido condenado por un delito sexual o ha abusado de otro joven: _____
(S / N)

Según su conocimiento, ¿alguna vez su participante alguna vez ha sido explotado sexualmente o abusado de otra persona: _____ (S / N)



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

En caso de que haiga respondió si a cualquiera de las preguntas, describa el delito y el año de ocurrencia:

¿Alguna vez su hijo ha usado alcohol, tabaco o medicamentos sin receta de que usted este consciente?
_____ (S / N)

En caso de que haiga respondió si a cualquiera de las preguntas, explíquelo por favor:

¿Cuándo fue la última vez que usó alcohol, tabaco o drogas ilegales?

Alcohol _____ Tabaco _____
Drogas ilegales _____

¿Sabe o sospecha que puede tener un problema de abuso de sustancias? (S / N)

En caso de que haiga respondió si a cualquiera de las preguntas, explíquelo por favor:

Firma requerida

La información proporcionada arriba es una declaración completa y exacta de los factores físicos y psicológicos que pueden afectar la participación de mi hijo en el Fin de Semana del ROPAW. Me doy cuenta de que el hecho de no divulgar tal información podría resultar en un daño serio para él y para otros participantes

Estoy de acuerdo en notificar a Boys To Men Mentoring Network si hay algún cambio en su estado de salud. Autorizo a Boys To Men Mentoring Network a divulgar esta información al personal médico en caso de emergencia. También autorizo a Boys To Men Mentoring Network a contactar a su médico o terapeuta para aclarar cualquier pregunta sobre su salud. Entiendo que Boys To Men Mentoring Network se reserva el derecho de negar la participación a cualquier niño por razones médicas.

Firma de Padre o guardián: _____

Nombre: _____ Fecha: _____



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

Información de Matrícula

Boys to Men es una corporación sin fines de lucro 501 (c) 3. No estamos haciendo esto por el dinero. Sin embargo, necesitamos dinero para poder poner estos fines de semana y ejecutar el programa. Debemos cobrar una tarifa nominal.

Ningún niño será rechazado por falta de dinero.

COSTO DEL PROGRAMA: \$250 cubre el fin de semana completo "Rites Of Passage Adventure", incluyendo alojamiento y comida, y un año de tutoría grupal.

Aceptamos el pago de una escala móvil de \$ 50 - \$ 250. También podemos organizar pequeños pagos mensuales.

DEPÓSITO: \$20 (no reembolsable) reserva el espacio de un niño. ¿Depósito pagado? _____

Si no puede pagar la cantidad total ahora, haga un plan para pagar lo que puede antes del inicio de la ROPAW

Nuestra familia puede pagar un total _____ antes del inicio de la ROPAW.

Nuestro plan:

- Enviaremos un cheque para que nuestro pago llegue antes de la ROPAW
(La Dirección de Correo es: (Boys To Men, 551 First St, Prescott, AZ 86301)
- Pagaremos por cheque o en efectivo cuando dejemos a nuestro participante el día del evento.

Reembolso / Política de cancelación

Si cancela su acuerdo para asistir al fin de semana "Rites of Passage Adventure" antes de la fecha del fin de semana, se le reembolsará la matrícula, menos el depósito no reembolsable de \$20. Si después del fin de semana "Rites of Passage Adventure" no está satisfecho con la experiencia, se le reembolsará la matrícula.

Acepto las condiciones anteriores:

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Nombre del padre o guardián: _____



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

Firma del padre o guardián: _____

Consentimiento de Video y Fotografía

Entiendo que BTM North Central AZ puede fotografiar y grabar en video el ROPAW y cualquier actividad posterior. Estoy de acuerdo y doy mi permiso para que el solicitante sea entrevistado, grabado y fotografiado por BTM North Central AZ o cualquier persona que ellos manden a ese efecto.

Estoy de acuerdo en que BTM North Central AZ puede o no usar el nombre, imagen y semejanza del solicitante en cualquier presentación verbal, conferencia, entrevista y publicación escrita. BTM North Central AZ puede usar imágenes, citas y video en sitios de redes sociales como Facebook o Instagram y / o enviar fotos y citas a medios impresos.

Concedo a BTM North Central AZ y reconozco que BTM North Central AZ tendrá los derechos exclusivos sobre los materiales indicados anteriormente, incluyendo derechos de autor y derechos de propiedad, y asigno a BTM North Central AZ todos y cada uno de los derechos relacionados con los materiales. Entiendo y acepto que BTM North Central AZ puede ceder o transferir, total o parcialmente, estos derechos a cualquier parte dentro de la organización extendida de Boys to Men.

Nombre del participante:

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Nombre del padre o guardián:

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____



Boys to Men Mentoring Network

North Central Arizona

CONSENTIMIENTO DE LA ENCUESTA DE DESARROLLO

Boys to Men pedirá a cada participante de ROPAW que llene el Developmental Assets Profile, una encuesta basada en 25 años de investigación sobre desarrollo juvenil y que se ha utilizado con más de 500,000 jóvenes en todo el mundo. Estamos dando esta encuesta para entender mejor los desafíos que enfrentan los jóvenes de nuestra comunidad, para que podamos adaptar programas para atender mejor sus necesidades.

La encuesta se centra en las fortalezas que los jóvenes tienen y necesitan en sus vidas. La encuesta no plantea preguntas delicadas sobre posibles comportamientos de alto riesgo o antecedentes de desarrollo.

Información Adicional

- A los niños se les dice que su participación es voluntaria y que pueden saltarse artículos si así lo desean.
- La encuesta no es una prueba y no hay consecuencias si su hijo decide no participar.
- Los resultados seleccionados se harán públicos a través del sitio web de Boys to Men, pero serán reportados para todo el grupo. Los resultados individuales se mantendrán estrictamente confidenciales y no se utilizarán.

Para que su hijo participe en el estudio, debemos recibir su consentimiento firmado. El formulario en la parte inferior de esta página le permite decir sí o no a la participación de su hijo. El valor de esta encuesta depende de la participación de muchos jóvenes. Si no recibimos ningún formulario de consentimiento de usted, su hijo no puede participar en el estudio.

* El Developmental Assets Profile fue desarrollado por y es propiedad de Search Institute, una organización sin fines de lucro con sede en Minneapolis. Para obtener más información, visite www.search-institute.org

-
- Sí, doy permiso para que mi hijo participe en la encuesta de Developmental Assets Profile.
- No, no doy permiso para que mi hijo (a) participe en la encuesta de Developmental Assets Profile.

Nombre del joven (por favor de imprimir): _____

Firma del padre o guardián: _____

Nombre del padre o guardián: _____ Fecha: _____