



**Paquete de Aplicación de Little (COMUNIDAD BASADA)**

- **"Nuestra misión es ofrecer a los niños adversidades con relaciones sólidas y duraderas con apoyo profesional, que cambian sus vidas para lo mejor y para siempre."**
- Big Brothers Big Sisters de San Luis Obispo County comenzó en Abril de 1995. Desde esa época más de 1000 niños han sido "emparejados" por nuestro programa.
- Los niños a los que emparejamos son entre las edades de 6 a 15.
- La mayoría de los niños que atendemos provienen de hogares monoparentales, pero esto no es un requisito para participar con Big Brothers Big Sisters.
- Para inscribir a su hijo(a) en el programa Big Brothers Big Sisters, un padre o tutor legal debe llamar y completar una investigación con un miembro del personal. Esto toma menos de 10 minutos.
- Si su hijo(a) es aceptado en el programa él/ella será colocado/a en nuestra lista mientras tratamos de encontrar un a mentor adecuado. No hay un orden en que elegimos los niños, sino por interés, ubicación geográfica y preferencias de padre y mentor.
- Antes de ser emparejado – los padres y el/la niño(a) completará una entrevista en persona.
- Durante el tiempo que un Big y Little están emparejados, son proporcionados con el apoyo constante del personal de la Agencia. Un miembro calificado de la Agencia contacta a Bigs, Littles y los padres cada mes para ver cómo va la mentoría y si hay algún problema. También es bienvenido/a a contactar nuestra oficina entre contactos con sus preguntas o dudas.
- Contamos con la participación de nuestros Bigs y Littles pasar al menos tres o cuatro horas juntos cada otra semana para un año. En las semanas no se ven, deben permanecer en contacto a través del teléfono, texto, correo electrónico, Facebook, correos, cartas, etc...
- El compromiso inicial es de un año, pero muchas mentorías duran más tiempo, a veces dura toda la vida.

**Algunos datos sobre los niños que han sido emparejados con un Big Brother o Big Sister:**

| A Nivel Nacional                                      | Localmente                             |
|---|--|
| 46% menos probable de comenzar a usar drogas ilegales | 93% mejoran su auto-estima             |
| 27% menos probable de comenzar a usar alcohol         | 92% comienzan a expresarse mejor       |
| 53% menos probable de faltar a escuela                | 91% mejoran sus relaciones familiares  |
| 37% menos probable faltar a clase                     | 90% mejoran las relaciones con adultos |
| 33% menos probabilidad de golpear a alguien           | 80% se llevan mejor con sus compañeros |

**Algunos datos sobre nuestros Big Brothers y Sisters:**

- **El proceso de selección para convertirse en un Big Brother o Big Sister incluye completar y enviar un paquete de solicitud, comprobar el Registro Nacional de Ofensores Sexuales, verificación de número de seguridad social, comprobar registros de conducir y antecedentes penales, ponerse en contacto con al menos tres referencias, una entrevista personal y una clase de entrenamiento.**



**APLICACIÓN DE LITTLE Y FORMA DE PERMISO DEL PADRE (COMUNIDAD)**

Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Relación al niño \_\_\_\_\_

¿Tiene custodia legal del niño?  Sí  No  
 ¿Hay una persona que comparte la custodia legal de este niño?  Sí  No

Si marco si, son conscientes y solidarios de la inscripción del niño en el programa BBBS?  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

|                            |                  |                              |
|----------------------------|------------------|------------------------------|
| Nombre del niño:           | Segundo nombre:  | Apellido:                    |
| Recomendado: nombre/apodo: | Genero del niño: | Fecha de nacimiento de hijo: |

Cuál es la situación en que vive el/la niño(a)?  
 Hogar de dos padres  Hogares monoparentales (Mujer /  Hombre)  Casa de crianza  Grupo hogar  
 Otro familiar del niño (no padres)  Otras \_\_\_\_\_

Su hijo(a) tiene otros hermanos que serán inscritos en el programa?  Sí  No \_\_\_\_\_

|                             |                          |                          |   |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Número de teléfono de casa: | Número celular de padre: | Número Celular del niño: | Se puede enviar texto a los padres? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>Servicio Celular: |
|                             |                          |                          | Se puede enviar texto al niño? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>Servicio Celular:      |

|            |         |          |         |                |
|------------|---------|----------|---------|----------------|
| Domicilio: | Ciudad: | Condado: | Estado: | Código postal: |
|------------|---------|----------|---------|----------------|

|                                     |                              |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Correo electrónico del padre/tutor: | Correo electrónico del niño: |
|-------------------------------------|------------------------------|

|                  |        |                                       |
|------------------|--------|---------------------------------------|
| Escuela del niño | Grado: | Número de identificación estudiantil: |
|------------------|--------|---------------------------------------|

Raza/Etnicidad del niño:

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska    | <input type="checkbox"/> Otros                                   |
| <input type="checkbox"/> Asiático                            | <input type="checkbox"/> Multirracial (marque todos que aplican) |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano                 | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska        |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino                      | <input type="checkbox"/> Asiático                                |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano                     |
| <input type="checkbox"/> Blanco                              | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino                          |
|  | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Isleño del Pacifico     |
|  | <input type="checkbox"/> Blanco                                  |
|  | <input type="checkbox"/> Otros                                   |

Nacionalidad y país de origen:

Lugar de trabajo del padre:  
 Número telefónico del trabajo de los padres:  
 Podemos contactarle (los padres) en el numero de trabajo? Si No

|  |  |
|--|--|
| Por favor verifique el mejor número y hora para contactarlos (padres/tutor).<br><br><input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo<br><input type="checkbox"/> La mañana <input type="checkbox"/> La tarde <input type="checkbox"/> De noche | Si no podemos contactarlos, ¿Quién es alguien que podríamos llamar que siempre sabe cómo encontrarlos?<br><br>Nombre:<br>Número de teléfono: |
|--|--|



**Big Brothers Big Sisters**  
of San Luis Obispo County

www.slobigs.org, office@slobigs.org, fax (805) 781-3029  
**Paso Robles:** 517 13<sup>th</sup> Street (805) 239-3534  
**San Luis Obispo:** 142 Cross Street, Suite 140 (805) 781-3226  
**Mailing Address:** P.O. Box 12644, San Luis Obispo, CA 93406

**Formulario de Autorización de Los Padres**

Al firmar abajo, yo entiendo que:

1. Comunicación regular entre el personal de SLO Bigs, Big, padre y Little es un requisito importante del programa. Estoy de acuerdo en responder a todas las llamadas, textos y correos electrónicos de la agencia o el Big dentro de 48 horas.
2. Bigs y Littles se requieren pasar un mínimo de 6 horas juntos al mes, por lo menos 12 meses consecutivos.
3. Para atender a las familias, personal de Bigs SLO debe mantener información actualizada sobre los niños inscritos. Estoy de acuerdo en compartir actualizaciones con respecto a los cambios importantes relacionados con la vida de mi hijo(a) relacionados con arreglos de custodia, residencia, estructura familiar, estado de salud, etc.. También seguiré proporcionando información de contacto si cambio mi teléfono, correo electrónico o dirección.

Al firmar abajo, yo doy permiso:

4. A mi hijo a participar en el programa de Big Brothers Big Sisters;
5. Para el voluntario emparejado con mi hijo, que ha sido proyectado y aprobado por Big Brothers Big Sisters, transportar a mi hijo a eventos y actividades;
6. Para la escuela proporcionar información académica y social sobre mi hijo a Big Brothers Big Sisters (calificaciones, informes de comportamiento);
7. A mi hijo participar en una entrevista realizada por personal de Big Brothers Big Sisters y cuestionarios completos a lo largo de su tiempo en el programa que contiene preguntas sobre la escuela, vida en el hogar e intereses personales;
8. Para que mi hijo hable con una persona del personal de Big Brothers Big Sisters sobre seguridad personal;
9. A personal de BBBS para proporcionar información de contacto para mí y para mi hijo al voluntario.
10. Para que la foto del niño sea utilizado para la publicidad o promoción de recaudación de fondos a lo largo de la duración de su afiliación con Big Brothers Big Sisters.

Entiendo que el programa no está obligado a emparejar mi hijo con un voluntario y que como parte del proceso de inscripción se pedirá proporcionar información adicional a través de una entrevista en persona. Entiendo que la información que proporcione en el proceso de inscripción se mantendrá confidencial, a menos que la divulgación es requerida por la ley y con las excepciones señaladas. Entiendo que los incidentes de abuso o abandono, pasado o presente, debe ser reportado a las autoridades. Entiendo que cierta información relevante acerca de mi hijo se discutirá con el voluntario que es un partido anticipado (es decir, información demográfica, información relevante a las preferencias de voluntarios e información relevante al niño seguridad y bienestar).

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información es dada para el recibo de fondos federales, que se puede verificar la información en esta solicitud y que deformación deliberada de la información me puede someter a enjuiciamiento por las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que esta información no afecta mi calificación para el programa.

Por la presente libero a la organización y sus empleados, agentes, miembros, voluntarios y todas las demás personas con su Agencia de cualquier y toda responsabilidad por cualquier daño o lesión que tal niño podría sostener durante su participación en dicho programa y las actividades, incluyendo pero no limitado a cualquier responsabilidad de cualquier derecho de acción que puede ocurrir a tal niño directamente, o a mí como su encargado. Entiendo que esta información puede ser compartida con la escuela o con las agencias de cooperación cuando sea aplicable.

Si mi niño se empareja con un(a) Big estoy de acuerdo en apoyar la mentoría de mi hijo mediante la revisión del programa e información de seguridad dada a mí por Big Brothers Big Sisters, comunicandme con personal de Big Brothers Big Sisters, como se indica en las expectativas (que incluye la comunicación por lo menos una vez al mes en el primer año de la mentoría) y reportando inmediatamente cualquier preocupación que podría tener al personal de Big Brothers Big Sisters.

**Nombre con letra de imprenta del padre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



**Cuestionario de Entrevista Previa**

1. ¿Cuál es la razón principal por la que usted quiere que su hijo/a tenga un Big Brother o Big Sister?
  
2. ¿Su hijo sabe que usted está solicitando para el programa? ¿Su niño quiere participar?
  
3. Donde se enteró sobre Big Brothers Big Sisters? Por favor, marque todas las que aplican y proporcionar información en el espacio.
  - Escuela \_\_\_\_\_
  - Pariente \_\_\_\_\_
  - Iglesia u organización de fe \_\_\_\_\_
  - Servicio organización \_\_\_\_\_
  - Sitio del Web \_\_\_\_\_
  - Tele/Radio \_\_\_\_\_
  - Evento \_\_\_\_\_
  - Otro \_\_\_\_\_
  
4. ¿Su niño tiene hermanos o parientes que están aplicando para el programa Bigs SLO en este momento o que están actualmente en el programa?
  - Sí       No    En caso afirmativo, por favor proporcione su(s) nombre(s):
  
5. ¿Usted anticipa un cambio importante en su vida durante el próximo año, o ha tenido alguno en el último año, como mudanza?
  - Sí       No    En caso afirmativo, explique:
  
6. Su niño será capaz de cumplir con su Big 2 - 4 veces al mes para el próximo año?
  - Sí       No    Los días y horas su hijo está más disponible para salidas con un Big son:
  
7. Su hijo tiene algunas condiciones médicas que pueden afectar a él o a su participación en actividades con un Big Brother/Big Sister?
  - Sí       No    En caso afirmativo, explique:
  
8. Número de personas (adultos y niños) en casa: \_\_\_\_\_
9. Los padres o tutores reciben asistencia social en este tiempo?     Sí     No
10. Los padres o tutores reciben asistencia con la vivienda? (por ej. sección 8, residencia en vivienda pública, etc.)
  - Sí     No



### Cuestionario de Entrevista Previa Página 2

11. ¿El niño es elegible para comida gratuita o a precio reducidos?  Sí – Libre  Sí – Reducido  No

12. Ingreso anual: (total de ingresos de los adultos con quienes vive el niño)

0-\$10.000  \$10.001-\$15.000  \$15.001-\$20.000  \$20.001-\$30.000  \$30.001-\$50.000  \$50.001 +

13. ¿Tiene su hijo un padre/cuidador con experiencia militar actual o pasado?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor indique las fechas de servicio:

Sucursal:  Fuerza aérea  Ejército  Infantería de Marina  Marina de guerra  Guardia costera

Componente:  Activo  Guardia Nacional  Reserva

¿Se implementa actualmente el padre?

En caso afirmativo, por favor escribe la fecha de implementación:

¿El padre se retiró de las fuerzas armadas?  Sí  No

¿Es el padre separado/descargado (excepto jubilado)?  Sí  No

¿Tiene su hijo un padre/cuidador que se considera caído, herido o discapacitado?  Sí  No

14. ¿Su hijo tiene un padre o tutor encarcelado en este momento?  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

15. Ha su hijo alguna vez detenida o involucradas en el sistema de justicia juvenil?

Sí. Por favor explique:

No

16. ¿En el último año, su hijo ha enfrentado cualquier de estos retos en la escuela o en casa?

Bajas notas escolares

Faltar clases de la escuela

Ausente a la escuela

Problemas de conducta (Explique: \_\_\_\_\_)

Se ha suspendido (Razón de suspensión o expulsión: \_\_\_\_\_)

Ha sido expulsado (Razón de expulsión: \_\_\_\_\_)

Enviado a una escuela alternativa (Razón de cambio de la escuela: \_\_\_\_\_)

Acoso escolar

Abuso de alcohol o drogas

Baja autoestima

Depresión



**Big Brothers Big Sisters**  
of San Luis Obispo County

www.slobigs.org, office@slobigs.org, fax (805) 781-3029  
**Paso Robles:** 517 13<sup>th</sup> Street (805) 239-3534  
**San Luis Obispo:** 142 Cross Street, Suite 140 (805) 781-3226  
**Mailing Address:** P.O. Box 12644, San Luis Obispo, CA 93406

**PRUEBA DE CUSTODIA FÍSICA y CUSTODIA LEGAL**

Mi firma abajo verifica que tengo la custodia legal y soy el tutor legal de \_\_\_\_\_.

Como el guardián legal, estoy inscribiendo al niño mencionado con Big Brothers Big Sisters del Condado de San Luis Obispo. Si debe haber algún cambio en mi estatus como tutor legal o la condición de custodia física, contactaré a Big Brothers Big Sisters del Condado de San Luis Obispo inmediatamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor tiene la custodia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el Niño



# **POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD**

**JUNTA DIRECTIVA, CLIENTES, PERSONAL y VOLUNTARIOS**

**Página uno**

## **Acceso a Los Registros Confidenciales**

A fin de que BIG BROTHERS BIG SISTERS de SAN LUIS OBISPO COUNTY pueda ofrecer un servicio responsable y profesional a los clientes, es necesario que se pide a los voluntarios, clientes y los padres (o tutores) de clientes a divulgar amplia información personal sobre sí mismos y sus familias. Esta agencia respeta la confidencialidad de los clientes y registros voluntarios. A excepción de las situaciones enumeradas a continuación, la agencia comparte información sobre voluntarios y clientes sólo entre los miembros profesionales de la Agencia. El derecho a la confidencialidad aplica a, registros escritos, videos, medios de comunicación social (incluyendo, sin limitarse a internet, redes, blogs y sitios personales del web.) fotos o cualquier otra representación del nombre, semejanza u otra descripción de un cliente o voluntario en cualquier publicación o material promocional.

Todos los registros se consideran propiedad solamente de la Agencia y no los trabajadores de la agencia, clientes o voluntarios ellos mismos. Para prestar un servicio que está en el mejor interés de los niños atendidos por el programa, información de fuentes externas, incluyendo referencias confidenciales, debe evaluarse junto con la información obtenida de los clientes o voluntarios ellos mismos. Los registros no están disponibles para revisión por parte de los clientes o voluntarios. En el momento de aplicación, voluntarios y clientes se facilitará una copia de esta declaración de confidencialidad, junto con las excepciones que determinan los límites de la confidencialidad. Clientes y los voluntarios deben firmar una declaración que ha leído y entender la política de la agencia en materia de confidencialidad y de acuerdo a la participación en el programa bajo los lineamientos establece.

Cuando un cliente/voluntario se considera para un partido, se comparte información entre las partes potenciales. Cada parte tiene el derecho a rechazar al partido propuesto basado en la información proporcionada. Antes de un partido están realizando, la información compartida puede incluir pero no se limita a: nombre, edad, sexo, raza, religión, educación, intereses, pasatiempos, matrimonio y estado civil, orientación sexual, las razones para aplicar al programa y un resumen de las razones de un individuo fue elegido para el partido. Los individuos a quienes se proporciona la información se aceptan no compartir la información con cualquier otra persona. Para la duración del partido y luego del cierre formal, confidencialidad debe ser mantenido por todos los participantes del programa.

## **Límites de Confidencialidad**

Publicará la información a otros individuos u organizaciones sólo previa presentación de un formulario de "consentimiento para revelar información" autorizado debidamente firmado por el cliente, representante del cliente o voluntario, excepto en el caso de la pederastia sospechosa.

Información de identificación acerca de clientes y voluntarios puede utilizarse en publicaciones de la agencia o materiales promocionales sólo si el cliente o el voluntario ha dado permiso.

Para efectos de evaluación de programas, auditoría y acreditación y con la aprobación previa de la Junta de directores, ciertos órganos fuera, como Big Brothers Big Sisters de América, pueden tener acceso al cliente y registros voluntarios. Estas organizaciones externas deberá respetar la política de la agencia en materia de confidencialidad. Fuera partes estarán obligadas a utilizar la información únicamente para los fines indicados en la acción de aprobación de la Junta Directiva. Conocido las violaciones de la política de confidencialidad de la agencia se informará al supervisor de la persona involucrada, y se solicitará medidas disciplinarias apropiadas.

Directores de la Junta estará obligados a cumplir con las políticas de la agencia en materia de confidencialidad y pueden utilizar la información divulgada a ellos sólo para fines de la acción aprobada de la Junta Directiva. Las violaciones conocidas informará al Presidente de la Junta. Una violación de la política de confidencialidad de la Agencia por un Director constituirá causa suficiente para la destitución del cargo.



Cualquier citación solicitando información confidencial recibida por o servido a la agencia será entregado inmediatamente a un abogado de la Agencia para la revisión y la acción apropiada. Sólo la asesoría legal de la Agencia tendrá autoridad para determinar si o cualquier citación servido en la Agencia no es válida o inaplicable.

**Big Brothers Big Sisters de San Luis Obispo County**  
**POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD**  
**JUNTA DIRECTIVA, CLIENTES, PERSONAL Y VOLUNTARIOS**  
**Página dos**

Cualquier citación solicitando información confidencial recibida por o servido a la agencia será entregado inmediatamente a un abogado de la Agencia para la revisión y la acción apropiada. Sólo la asesoría legal de la Agencia tendrá autoridad para determinar si cualquier citación servido en la Agencia es válida o inaplicable.

Información deberá ser proporcionada al asesor jurídico de la agencia en caso de litigio o potenciales litigios que involucran a la Agencia. Dicha información se considera material privilegiado, y comunicaciones entre la Agencia y su abogado están protegidas por la ley de confidencialidad.

Ley estatal manda que cualquier sospecha infantil, negligencia y abuso se informe a las autoridades correspondientes. Todos los trabajadores son responsables de mantenerse al tanto de los requisitos de información de California y siempre deberán cumplir con los procedimientos obligatorios.

Si un trabajador de la Agencia recibe información indicando que un cliente o voluntario puede ser peligroso para sí mismo o para otros, pueden tomarse las medidas necesarias para proteger la parte apropiada. Esto puede incluir una referencia médica o un informe a las autoridades locales.

Una conocida violación de política de confidencialidad de BBBS resultará en acción disciplinaria. Dependiendo de la gravedad de la infracción, la acción puede ser una advertencia, suspensión o terminación del partido y/o del empleo.

He leído y entiendo el anterior documento que establece la política de la agencia con respecto a la confidencialidad de clientes y registros voluntarios. Estoy de acuerdo en abstenerse de publicar o compartir información personal, lo que respecta a la privacidad de cualquier participante en el programa. Estoy de acuerdo en la participación en el programa bajo las condiciones que establece esta política.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**





**DESBLOQUEO DE EMERGENCIA MÉDICA**

En caso de lesión, doy mi permiso a cualquier representante del personal de Big Brothers Big Sisters para autorizar tratamiento para mi hijo, \_\_\_\_\_.

Nombre de Niño

\_\_\_\_\_  
Médico del Niño

\_\_\_\_\_  
Teléfono del Médico

\_\_\_\_\_  
Alergias Conocidas

\_\_\_\_\_  
Otras Condiciones Médicas

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Relación con el Niño

**AUTORIZACIÓN A BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, Padre/Tutor, doy permiso al voluntario de Big Brother/Big Sister, \_\_\_\_\_, a autorizar cualquier atención médica de emergencia necesaria para mi hijo, \_\_\_\_\_, en el caso de que no pueda ser contactada. .

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Número Celular: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Doctor/Clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor De seguros: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Abonado: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**UNIVERSAL VERSIÓN CLIENTE Y REMISIÓN DE INFORMACIÓN**

Persona Mencionada (Little's nombre) \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Padre/Tutor (si aplica): \_\_\_\_\_ Dejar Mensaje  Si  No  
 Lengua:  Ingles  Espanol  Otras: \_\_\_\_\_ Persona de Contacto: \_\_\_\_\_  
 Está embarazada: n/a Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_ n/a # Nacidos Vivos: \_\_\_\_\_ n/a # Embarazados: \_\_\_\_\_ n/a

Agencia de Referencia: **Big Brothers Big Sisters de San Luis Obispo County** Fecha de Referencia: \_\_\_\_\_  
 Refiriéndose a: \_\_\_\_\_  
 Propósito de esta Referencia: Para proporcionar apoyo a la comunidad  
 Protocolo de 4 Ps+  Protocolo ASQ/ASQ-SE  Protocolo VSP  Protocolo de Reunión de Equipo SAFE  Protocolo PHN  
 Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Edades de Los Niños:  0-5 anos  6-12 anos  13-18 años. Si niños y jóvenes tienen entre 0 a 5, ASQ/ASQ-SE concluyo: n/a

Marque la casilla junto a cualquier cliente participa actualmente con la Agencia. Por favor tener el participante inicial para cada agencia autorizada, y línea a través de cualquier agencia no autorizada.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> _____ AVERT                                     | <input type="checkbox"/> _____ Martha's Place (Children's Assessment Center for under 5 y.o.)                               |
| <input type="checkbox"/> _____ Cal-SAFE                                  | <input type="checkbox"/> _____ Pediatra del (de la) niño/a: _____<br>(Nombre de Pediatra)                                   |
| <input type="checkbox"/> _____ Community Link (check if in North County) | <input type="checkbox"/> _____ Probation  |
| <input type="checkbox"/> _____ Cuesta College                            | <input type="checkbox"/> _____ Public Health  |
| <input type="checkbox"/> _____ CWS Drug Testing                          | <input type="checkbox"/> _____ S.A.F.E.   |
| X _____ Departamento de Servicios Sociales                               | X _____ Distrito escolar _____<br>(Nombre de Distrito escolar)  |
| <input type="checkbox"/> _____ Servicios de Drogas y Alcohol             | <input type="checkbox"/> _____ County Office of Education   |
| X _____ EOC (Program: _____)   | <input type="checkbox"/> _____ Tabaco Control   |
| X _____ Family Care Network  | <input type="checkbox"/> _____ Tri-Counties Regional Center   |
| <input type="checkbox"/> _____ HASLO – Housing Authority                 | <input type="checkbox"/> _____ Women's Shelter: <input type="checkbox"/> North Co. <input type="checkbox"/> San Luis Obispo |
| <input type="checkbox"/> _____ Kinship Center (Cuidado temporal)         | <input type="checkbox"/> _____ Otro _____   |
| X _____ SLO County Salud Mental  | <input type="checkbox"/> _____ Otro _____   |

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN O INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

Por la presente solicitar remisión y autoriza a Big Brothers Big Sisters de San Luis Obispo County para intercambiar la siguiente información de los registros de:

(Cliente, nombre del Little): \_\_\_\_\_ con sólo las enumeradas anteriormente que he rubricado.

Extensión y naturaleza de la información a ser divulgada: (Nota: menos excluida por debajo, tales registros pueden contener referencia o diagnóstico de problemas relativos a abuso de alcohol o drogas serán incluido.) \_\_\_\_\_ Información \_\_\_\_\_ de servicios

Propósito o necesidad de esta información: proporcionar al niño con apoyo de la comunidad y ayudar a BBBS mejor servir a la juventud

Entiendo que puedo revocar esta autorización a divulgar información cualquier momento dando aviso por escrito a la Agencia refiriéndose como se indica arriba.

También entiendo que cualquier información publicada antes de la revocación de esta autorización no será una violación de mi derecho de confidencialidad. Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización es efectiva desde la fecha de ejecución hasta que el menor llegue a 18 años de edad o \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
fecha



Copias: Original para archivo de los participantes, copia del Fax para organismos iniciales, copia a los participantes

## **Cuestionario de jóvenes**

*Llena el espacio en blanco con la respuesta que mejor te represente.*

*No tiene que ser una palabra, puede ser tan largo o tan corto como quieras.*

1. Estoy orgulloso/a de \_\_\_\_\_
2. Hoy me siento \_\_\_\_\_
3. Mi mayor problema es \_\_\_\_\_
4. Lo mejor de mí es \_\_\_\_\_
5. Me gustaría que mi familia \_\_\_\_\_
6. A veces me preocupo sobre \_\_\_\_\_
7. Me siento feliz cuando \_\_\_\_\_
8. Me siento triste cuando \_\_\_\_\_
9. Espero \_\_\_\_\_
10. Espero que nunca \_\_\_\_\_
11. La persona más importante para mí es \_\_\_\_\_
12. No me gusta cuando las personas \_\_\_\_\_
13. Me río cuando \_\_\_\_\_
14. Quiero aprender a \_\_\_\_\_
15. Mis amigos dirían que soy \_\_\_\_\_

Algo más que quieras un Big sepa de tí? No dude en escribir cualquier cosa que usted desea compartir en el espacio de abajo.