

coachart



(Aplicación para Pacientes)

¡Bienvenidos a CoachArt!

Dentro de este paquete encontrará una aplicación para involucrarse en el programa de CoachArt. CoachArt es una organización no-lucrativa que le ofrece la oportunidad de tomar clases gratis en varias actividades. Los pacientes con enfermedades crónicas y sus hermano(a)s entre 6-18 años podrán tomar clases. Usted podrá seleccionar clases de música, cerámica, arte, yoga, fotografía, baile—¡y muchas más!

CoachArt buscará clases en estudios cerca de su hogar o emparejará a su hijo/a con un maestro para enseñarle una clase cada semana por 10 semanas. CoachArt proveerá todos los materiales necesarios para la clase. ¡Usted solo tiene que asistir a la clase! Además, CoachArt le ofrecerá oportunidades para asistir a eventos y actividades en la comunidad, como obras de teatro, partidos y más.

Solo necesita llenar las formas, asistir a todas las clases gratuitas y compartir su opinión acerca de las clases con CoachArt.

Envíe la aplicación completa, asegurándose que incluye el consentimiento del doctor, a nuestra oficina por correo o fax, lo más pronto posible a CoachArt:

CoachArt
3303 Wilshire Blvd., Suite 320
Los Angeles, CA 90010
Teléfono: (213) 736-2850
Fax: (213) 736-2851

Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina de CoachArt al (213) 736-2850. Para más información sobre CoachArt visite a www.coachart.org.

¡Te esperamos!

APLICACION PARA coachart

Alguna información que falte podría prevenir su participación en el programa.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA _____

PADRES/GUARDIAN O TUTOR _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO DE LA CASA _____

DEL TRABAJO _____ # DEL CELULAR _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ Masculino Femenino

Idioma Preferido:

ESTUDIANTE _____ PADRES _____

IDENTIFICACION DE GRUPO ETNICO: Africano Americano Anglo Americano
 Asiático Americano Latino/Hispano De Oriente Medio Nativo Americano

ESCUELA ACTUAL _____ GRADO _____

¿Cómo se enteró acerca del programa CoachArt?

Trabajadora Social Child Life Enfermera/Doctor Sitio de Web

Un Conocido Otra Agencia

Persona que lo refirió a CoachArt: _____

Elija (4) actividades preferidas en orden de prioridad, la primera = 1, la última = 4. Se buscarán actividades basadas en sus elecciones, disponibilidad de los entrenadores y el horario de las clases.

____ Yoga ____ Arte ____ Cocina ____ Deportes ____ Actuación ____ Fotografía

____ Baile: Estilo? _____

____ Deportes: Tipo? _____

____ Música: Tipo de instrumento? _____

____ Otro: _____



INFORMACION MEDICA

Se requiere que cada artículo en esta pagina esté completo antes de regresar la aplicación

DIAGNOSTICO _____

FECHA DEL DIAGNOSTICO _____ HOSPITAL DE TRATAMIENTO _____

¿Todavía está recibiendo tratamiento? _____

Si respondió que "no", por cuanto tiempo ha estado fuera de tratamiento? _____

MEDICAMENTO (Por favor incluya dosis) _____

ALERGIAS _____

¡Queremos proveerle la mejor clase! Por favor responda a las siguientes preguntas:

¿Utiliza una silla de ruedas, un bastón or caminante?

Sí No A veces

¿Se le dificulta hablar con claridad?

Sí No

¿Tiene buen uso de ambas manos?

Sí No

¿Tiene dificultades para ver u oír?

Sí No

¿Prefiere una clase individual o en grupo? ¿Por qué? (es posible que su preferencia no este disponible)

Por favor note si necesitará asistencia especial para cualquier clase:

DOCTOR _____ NOMBRE _____ NÚMERO TELEFÓNICO _____

TRABAJADOR/A SOCIAL _____

ESPECIALISTA DE CHILD LIFE _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA POR FAVOR PROVEA OTROS CONTACTOS:

NOMBRE RELACION NUMERO DE TELEFONO

1. _____

2. _____

*Si alguien además de los padres recogerá a su niño de la lección:

Yo por el presente autorizo a _____ recoger a mi niño en las lecciones. (Nombre)

Firma de Padre/Madre _____



AUTORIZACION DEL DOCTOR

(Esta información tiene que ser completado por el Médico Principal)

El consentimiento del doctor es necesario y es su responsabilidad obtenerlo en el caso de que usted este actualmente en tratamiento o si ha tenido tratamiento en los cinco años recién.

My patient, _____, is able to participate
(student name)

in the following activities through the CoachArt program:

(Activity #1) _____ (Activity #2) _____

(Activity #3) _____ (Activity #4) _____

Please list any physical limitations or special concerns:

Physician Signature _____ Date _____

Telephone Number _____



FORMA DE APROBACION

Debe ser llenado por los padres si el participante es menor de edad de 18 años.

_____ tiene mi permiso para participar en los programas
(nombre de estudiante)

de CoachArt en las siguientes actividades:

- _____
- _____
- _____
- _____

Yo entiendo y reconozco que CoachArt, sus voluntarios, y las conjuntas instituciones médicas (hospitales, por ejemplo), no aceptan ninguna responsabilidad por la perdida, daño o robo de las propiedades del participante de CoachArt. Además, yo estoy de acuerdo para desistir, ceder y descargar todas las reclamaciones de daño causado por muerte, daño personal o daño de propiedad que los participantes tienen o podrían tener al resultado de su participación en el programa de CoachArt. Esta cesión tiene el motivo de libertar al principio a CoachArt, sus voluntarios, las conjuntas instituciones médicas y todos los agentes externos involucrados en el programa de CoachArt, de alguna y todas responsabilidades, reclamaciones, costos, gastos y/o daños (Se refirió colectivamente a como "reclamación") surgiendo fuera de o conectado en cualquier manera con la participación del participante en las actividades de CoachArt, aunque esa reclamación puede surgir fuera de negligencia o descuido por parte de las personas o entidades mencionó arriba.

Además, en caso de emergencia, doy el consentimiento de proveer exámenes físicas, diagnosis médico o tratamiento, y/o cuidado del hospital al participante de CoachArt que es necesario para evitar la emergencia. Entiendo que el participante de CoachArt tratará de contactarme tan pronto como posible si ocurra alguna tipa de emergencia.

En todos otros casos no-emergencias en que el participante de CoachArt se necesita cuidado médico cuando participando en el programa de CoachArt, doy el consentimiento para proporcionar el tratamiento médico que está necesario hasta estoy notificado para autorizar más tratamiento (si sea necesario.)

Estos consentimientos serán de hecho para la duración que el niño está participando en el programa de CoachArt.

Dispenso CoachArt, sus voluntarios, y las conjuntas instituciones médicas y agentes externos de todas las reclamaciones para tratamiento de acuerdo con este forma.

Firma de Padre/Madre (si el participante tiene menos de 18 años)_____

Fecha_____



AUTORIZACION PARA EL USO/REVELACION DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

A: _____ ("Médico") ASUNTO: _____

(El nombre de médico y su dirección)

(El nombre de paciente y fecha de nacimiento)

Yo, _____
[El nombre de paciente, o nombre de padres/tutor si paciente tiene menos de 18 años] autorizo el uso y la revelación de la información protegida de la salud, como se describe a continuación:

1. La información que podría ser utilizada o revelada:
 - a. Toda la información relacionada y protegida de las evaluaciones de un médico: (a) si soy médicamente elegible para los servicios de CoachArt; y (b) si eso es el caso, si mi actividad deseada es médicamente apropiada.
 - b. El Médico es autorizado a llenar, firmar y proporcionar a CoachArt cualquiera forma que CoachArt puede requerir, poder incluir formas que relacionan a mi elegibilidad médica, la actividad solicitada y las consideraciones médicas que relacionan a eso.
 - c. Específicamente, autorizo la revelación de la seguida información (favor de marcar las cajas si paciente es o ha estado debajo de tratamiento para estas condiciones):
 - Información de tratamiento para la salud mental
 - Información de SIDA/ VIH

2. Las personas autorizan utilizar / revelar la información: El Médico identificado arriba, así como sus representantes autorizados.

3. Las personas autorizados a recibir la información: Empleados u otros representantes autorizados (incluyendo pero no limitado a voluntarios / maestros) conjuntado con:

CoachArt, 3303 Wilshire Blvd, Ste. 320
Los Angeles, CA 90010
Phone: (213) 736-2850 Fax: (213) 736-2851

4. El propósito para cuál información se utilizara o será revelada: (a) permitir CoachArt a obtener: (i) las evaluaciones de un médico con respecto a si un participante está elegible médicamente tomar parte en las lecciones de CoachArt y, si eso es el caso, si la actividad solicitada es médicamente apropiada; y (ii) relacionar pertinentemente la información a eso; y (b) obtener cuidado médico para el paciente en caso de emergencia.

5. La fecha/ acontecimiento del vencimiento: Esta autorización expira en vez que el paciente dejar de ser parte de cualquier actividad de CoachArt, o una determinación final se ha hecho que el paciente no está elegible médicamente para tomar parte en ninguna actividad escogida de CoachArt.

6. Las declaraciones requeridas por HIPAA: De acuerdo con el Health Insurance Portability and Accountability Act regulaciones privadas yo reconozco lo siguiente:

- a. Entiendo que puedo revocar esta autorización cuando quiero, mandando una declaración por escrito de revocación a la dirección proporcionada arriba;
- b. Entiendo que una revocación no aplicará a la información que ya se haya utilizado o haya sido revelada en la dependencia de esta autorización;
- c. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi habilidad de obtener el tratamiento, ni el pago, ni la elegibilidad para los beneficios; y
- d. Entiendo que la información revelada según esta autorización puede no ser protegida por las regulaciones de HIPAA y quizás sería re-revelada por el recipiente.

Esta autorización se debe ser firmada con la fecha por el paciente al menos que el paciente sea menor de 18 años de edad, esta autorización se debe firmar con fecha por el padre o tutor.

Firma _____ Fecha _____

Si está firmado por alguien que no es el paciente, indique por favor la relación: _____

LAS EXPECTATIVAS PARA PARTICIPANTES Y PADRES DE coachart

Esperamos que nuestro programa sea el mejor de su clase en nuestra comunidad. Para asegurarnos que las lecciones sean seguras, divertidas, y agradables para todos, tenemos algunas expectativas que queremos que usted revise antes de ir a su primera lección. Después que usted haya leído esto, firme por favor la hoja y regrésela con su aplicación.

1. Esperamos que cada participante trate a los entrenadores, a los maestros y a otros miembros en la lección con mutuo respeto y consideración.
2. Esperamos que todos los participantes sigan las reglas de sus entrenadores. Recuerde que usted es un representante de CoachArt y su oportunidad de volver depende de su conducta.
3. El participante deberá comportarse de tal manera que apoye nuestros estándares de CoachArt.
4. Durante cualquier actividad de CoachArt, el uso o la posesión de bebidas alcohólicas, de cigarrillos, de drogas, o de cualquier actividad sexual por participantes no se permite.
5. Sobre la recomendación del doctor, sus entrenadores se habrán instruido para no darle ningún alimento ni bebida. Si usted necesitará una merienda o una bebida durante su lección, traiga por favor estos artículos a la clase. Preferimos que usted no compre alimentos ni bebidas durante la lección.
6. CoachArt compartirá su historia médica a los voluntarios sólo cuando sea necesario. Sin embargo, usted debe sentirse cómodo hablando con ellos acerca de sus sentimientos, frustraciones y preocupaciones.
7. Usted y su entrenador no se deben contactar, ni se deben encontrar uno al otro fuera de su tiempo planificado de lección. Por favor no les dé el número de teléfono de su hogar, su dirección ni su correo electrónico.
8. Es importante que asista a todas las clases y llegue a tiempo. Si faltan a dos clases sin llamar a CoachArt, no podrán tomar clases en la próxima sesión.
9. Si usted no puede o elige no continuar con sus clases es su responsabilidad contactar a CoachArt inmediatamente al (213) 736-2850 para hacer los cambios necesarios.

Esperamos que las lecciones de CoachArt sean divertidas y sean experiencias valiosas para usted. Respete por favor las pautas, pues fueron diseñados para llevar al máximo su experiencia y brindarle un ambiente educativo favorable. Si durante el tiempo de su sesión de diez lecciones, estas pautas se rompen o su entrenador determina que su conducta quita una experiencia positiva, CoachArt contactará a sus padres para discutir directamente el problema. Si la conducta inaceptable continúa, su participación en el programa puede ser restringida.

He leído las expectativas para participantes y padres de CoachArt y estoy de acuerdo en respetar las expectativas.

Firma de Participante _____ Fecha _____

Firma de Padres o tutor _____ Fecha _____



FORMA DE AUTORIZACION PARA NOMBRE Y SEMEJANZA

Yo, _____, autorizo a CoachArt para utilizar mi nombre y para utilizar, reproducir, editar, exhibir, presentar, exponer, obtener derechos de autor, y publicar imágenes fotográficas y/o imágenes cinematográficas y/o imágenes grabadas de video y/o materiales escritos de mi persona, con o sin mi voz, o en las cuales puedo ser incluido de forma en parte o completa, fotografiado, grabado, grabado de video (referido como materiales), y/o registrado con respecto a mi participación en el Programa CoachArt. Además, yo doy mi autorización para el uso de cualquier material impreso en relación o junto con los otros materiales antes descritos. Esta autorización incluye materiales utilizados para solicitar fondos para la organización CoachArt.

Por medio de esta autorización, yo niego a cualquier derecho que yo pueda tener a revisar y/o aprobar el material o materiales en su versión final, o editorial, publicidad, o copia impresa que pueda ser utilizado en relación con los materiales explicados por arriba y a cualquier derecho de control sobre el uso en que los materiales y/o copias están aplicados. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que no recibiré alguna compensación por cualquier publicación, difusión o emisión de estos materiales.

Por medio de la presente autorización yo libero, descargo y estoy de acuerdo en evitar que CoachArt y sus representantes legales y asignatarios sean responsables de cualquier imprecisión, distorsión, alteración, ilusión óptica o uso en una composición, de forma intencional o alguna otra, que pueda ocurrir o ser producida durante la creación, procesamiento, duplicación, proyección o exhibición de materiales, fotos o imágenes, y de cualquier responsabilidad por virtud de violaciones de cualquier derecho personal o de propiedad que yo pueda tener por virtud de dichas materiales o el uso de las mismas.

ACORDADO Y ACEPTADO ESTE _____
(Fecha)

FIRMA _____

NOMBRE _____

FIRMA DE PADRES O TUTOR (si el paciente tiene menos de 18 años de edad) _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

POR FAVOR REGRESE ESTA SOLICITUD DE COACHART A:

CoachArt
3303 Wilshire Blvd, Ste 320
Los Angeles, CA 90010

TELEFONO: (213) 736-2850 FAX: (213) 736-2851