



CoachArt Solicitud del Estudiante

¡Bienvenido a CoachArt! CoachArt es una organización sin fines de lucro que ofrece clases gratuitas en las artes y el atletismo a pacientes con enfermedades físicas crónicas, y sus hermanos, entre las edades de 6 a 18 años. Los participantes pueden elegir clases de música, arte, yoga, fotografía, baile, actuación, ¡y más! Las lecciones de CoachArt pueden llevarse a cabo en su casa con un mentor voluntario durante 10 a 12 semanas o en un ambiente de grupo en un sitio local asociado al programa. CoachArt proporciona el material necesario para participar en las clases y se pide a las familias ser constantes en la asistencia.

Para calificar:

- El paciente debe tener una enfermedad física crónica que requiera un mínimo de tres meses de tratamiento, como cáncer, artritis o diabetes.
- El paciente debe tener entre 6 y 18 años.
- Los pacientes con trastornos del comportamiento o del desarrollo mental y cerebral no califican para CoachArt a menos que también tengan una enfermedad física crónica subyacente. En estos casos, los pacientes deben ser capaces de trabajar de forma independiente con un instructor voluntario.
- Los hermanos de 6 a 18 años son elegibles y alentados a inscribirse, una vez que el paciente haya ingresado al programa.

Para participar las familias deben completar lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solicitud del estudiante | <input type="checkbox"/> Formulario de divulgación para estudiantes |
| <input type="checkbox"/> Actividad de interés | <input type="checkbox"/> Aprobación de las expectativas del estudiante |
| <input type="checkbox"/> Consentimiento de participación/Formulario de exención | <input type="checkbox"/> Consentimiento médico (solo para pacientes) |
| <input type="checkbox"/> Información médica | <input type="checkbox"/> Asistencia a orientación familiar |

Sírvase enviar por correo, fax o correo electrónico la solicitud del estudiante debidamente completada a la oficina apropiada para su hijo. Incluya el formulario de consentimiento médico.

NOTA: Debido al alto volumen de solicitantes, no se aceptarán formularios incompletos.

CoachArt – Los Angeles
3303 Wilshire Blvd. Suite 1200
Los Angeles, CA 90010
Teléfono: (213) 736-2850
Fax: (213) 736-2851
Correo electrónico:
applyLA@coachart.org

CoachArt – San Francisco Bay
1624 Franklin St. Suite 601
Oakland, CA 94612
Teléfono: (510) 444-7001
Fax: (510) 444-7008
Correo electrónico:
applySFB@coachart.org

Para obtener mayor información sobre CoachArt, visite www.coachart.org.

¡Estamos muy contentos de comenzar a trabajar con usted!



SOLICITUD DEL ESTUDIANTE

Complete toda la información solicitada. Cualquier información faltante impedirá que su hijo participe en el programa.

ESTA SOLICITUD ES PARA UN: PACIENTE HERMANO/A Fecha _____

Primer nombre del estudiante _____ Segundo _____ Apellido _____

Edad del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino

Idioma principal hablado por el estudiante: Inglés Español Otro _____

Si esta solicitud es para un hermano, indique el nombre y apellido del paciente _____

(1) Nombre del padre/tutor principal _____ Relación _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal (si diferente del domicilio) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número del tel. celular _____ Número de tel. de la casa _____ Idioma principal: _____

Correo electrónico del padre/tutor _____

(2) Nombre del padre/tutor secundario _____ Relación _____

Número del tel. celular _____ Número de tel. de la casa _____ Idioma principal: _____

Correo electrónico del padre/tutor _____

***CoachArt utiliza el correo electrónico como la principal forma de comunicación. No se compartirá su información. Estamos a su disposición para ayudar a configurar su correo electrónico.*

LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA ABAJO NO DETERMINA ELEGIBILIDAD. SE UTILIZA PARA LA FINANCIACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORMES.

Etnia: Afroamericano Angloamericano Americano asiático Latino/Hispano Medio Oriente
 Nativo Americano Otra: _____

Ingreso familiar anual: Menos de 25,000 26,000-44,000 45,000-69,000 Más de 70,000

Miembros de la familia (que viven en el hogar): 0-2 3-5 6-8 9-11 Más de 11

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (indique dos contactos que no sean los padres/tutores):

| <u>Nombre</u> | <u>Relación</u> | <u>Número de teléfono</u> |
|---------------|-----------------|---------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |

COACHART OFFICE USE ONLY: (initial and date)

Date Received: _____

Diagnosis: _____ Eligible: Yes No Region/City: _____ MYC: _____

Completed documents: Contact Medical Info. Dr's Consent Activities Expectations Media Participation/Release Authorization

Application Complete: _____ Attended Orientation Date: _____ SF Entry Date: _____ Welcome Call Date: _____



ACTIVIDADES COACHART

Elija las cuatro (4) primeras actividades del participante en orden de preferencia. Las lecciones no están garantizadas y se basan en la disponibilidad y los horarios de los voluntarios. Todas las lecciones son recreativas. CoachArt no proporciona lecciones basadas en terapias.

| | ELIJA DE LAS SIGUIENTES CLASES: |
|------------------|---|
| Artes culinarias | Repostería, cocina |
| Artes literarias | Escritura de canciones, poesía |
| Música | Batería, guitarra, piano, voz, violín |
| Artes escénicas | Actuación/teatro, arte circense/trapezio, ballet, jazz, hip hop, moderno, tap |
| Deportes | Béisbol, baloncesto, tenis, voleibol, fútbol, natación, artes marciales, golf, yoga, patinaje sobre hielo |
| Artes visuales | Dibujo, pintura, arte digital, cerámica/escultura, tejido/costura, fotografía |

****Indique asimismo estas actividades en el Formulario de Consentimiento Médico****

1. _____ Sin experiencia Principiante Intermedio Avanzado
2. _____ Sin experiencia Principiante Intermedio Avanzado
3. _____ Sin experiencia Principiante Intermedio Avanzado
4. _____ Sin experiencia Principiante Intermedio Avanzado

INDIVIDUAL O GRUPAL: ¿El estudiante prefiere una lección individual o grupal? Ninguna preferencia Individual Grupal

¿Puede el estudiante trabajar de forma independiente en las actividades mencionadas anteriormente? Sí No

MATERIALES: ¿Tiene equipo, instrumentos o materiales para las actividades seleccionadas? Si es así, ¿qué tiene?

No Sí, tenemos: _____

DISPONIBILIDAD: Haga un círculo en los HORARIOS disponibles para las lecciones cada día. CoachArt actualizará la disponibilidad periódicamente.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|------|------|-----|-----|------------|------|------|-----|-----|-------------|------|------|-----|-----|
| LUN | 9-12 | 12-3 | 3-6 | 6-8 | MAR | 9-12 | 12-3 | 3-6 | 6-8 | MIER | 9-12 | 12-3 | 3-6 | 6-8 |
| JUE | 9-12 | 12-3 | 3-6 | 6-8 | VIE | 9-12 | 12-3 | 3-6 | 6-8 | SAB | 9-12 | 12-3 | 3-6 | 6-8 |
| DOM | 9-12 | 12-3 | 3-6 | 6-8 | | | | | | | | | | |

¿Dispone de transporte para las lecciones? Sí No Distancia (millas) dispuesto a conducir: 0-5 6-10 11-15

REFERENCIAS PARA ASOCIACIÓN AL PROGRAMA: ¿Hay actividades/programas en su área con los que sugiere que nos asociemos?

Sí No Nombre del programa: _____ Tipo de actividad: _____

REFERENCIA: ¿Cómo se enteró de CoachArt? Trabajador social Especialista pediátrico Enfermero/Médico
 Internet Evento Un hermano que ya está en el programa Otra familia en CoachArt Otra organización
 Empleado de CoachArt

Nombre de la persona que le dio la referencia: _____ Organización/Hospital: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/EXENCIÓN DEL PARTICIPANTE

Para ser completada por el padre/tutor si el participante es menor de 18 años.

_____ tiene mi permiso para participar en el programa CoachArt.

(Nombre del participante)

Entiendo y reconozco que CoachArt y sus voluntarios, y cualquier institución de atención médica asociada (por ejemplo, hospitales), no se hacen responsables por la pérdida, daño o robo de la propiedad de cualquier participante de CoachArt. Por otra parte, estoy de acuerdo en dispensar, liberar y eximir de (es decir, renunciar a) cualquiera y todas las reclamaciones por daños u otros remedios por muerte, lesiones personales o daños a la propiedad que puedan surgir en cualquier momento como consecuencia de la participación en el programa CoachArt. Esta exención está destinada a dispensar por adelantado a CoachArt y sus voluntarios, las instituciones de asistencia médica afiliadas, y cualquiera y todos los agentes que participan en el programa de CoachArt, de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, costos, gastos y/o daños y perjuicios (colectivamente denominados "responsabilidad") que surja de o relacionados de alguna manera con la participación en las actividades de CoachArt, a pesar de que esa responsabilidad pueda surgir por negligencia o descuido por parte de las personas o entidades mencionadas anteriormente.

Por **(nombre del estudiante)** _____, autorizo el uso y divulgación de la información médica del estudiante para determinar la evaluación del médico sobre la participación del estudiante en el programa de CoachArt. Mi médico, así como sus representantes autorizados, están autorizados a llenar, firmar y proporcionar a CoachArt cualquier forma que CoachArt requiera, incluidas las formas relacionadas con la elegibilidad médica del estudiante, la actividad solicitada y consideraciones médicas relacionadas.

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información cuando corresponda:

- Información de tratamiento de salud mental
- Información relacionada con VIH/SIDA
- Los registros de vacunación y/o información de salud y bienestar, según sea necesario
- Medicamentos, alergias, etc.

CoachArt sigue el protocolo compatible con HIPAA [siglas en inglés de LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD] para mantener la confidencialidad del diagnóstico y tratamiento del paciente. La información obtenida se utilizará con el único propósito de (i) la consideración de las evaluaciones del médico con respecto a si el paciente es médicamente elegible para participar en las clases de CoachArt y, (ii) en caso afirmativo, si existen limitaciones para la participación en la actividad solicitada.

Además, en el caso de una emergencia, por la presente doy mi consentimiento para la administración de cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y/o atención hospitalaria al participante de CoachArt que sea necesaria para aliviar la situación de emergencia. Entiendo que se hará un intento razonable para notificarme de cualquier emergencia tan pronto como sea posible.

En todas las demás circunstancias (no de emergencia) en las que el participante de CoachArt pueda necesitar atención médica durante su participación en el programa de CoachArt, doy mi consentimiento para la prestación de atención de primeros auxilios al participante como se considere apropiado y necesario hasta que pueda ser contactado para consentimiento de un tratamiento adicional (de ser necesario).

Estas autorizaciones seguirán en vigor durante el tiempo que el niño esté participando en el programa de CoachArt. Sin embargo, CoachArt solicita a los padres/tutores la actualización de la información anualmente o cuando las condiciones médicas cambien.

Por la presente libero a CoachArt, sus voluntarios, instituciones de atención médica afiliadas y agentes, de cualquier y toda responsabilidad por los tratamientos administrados de acuerdo con esta forma de consentimiento.

Firma del padre (si el participante es menor de 18 años) _____ **Fecha** _____



INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Deberán llenarse todos los elementos de esta página. No se procesarán formas incompletas.

Nombre del estudiante _____

Nombre del médico primario _____

Número de teléfono del médico _____ Número de fax del médico _____

ALERGIAS: Indique alergia a cualquier alimento u otro factor:

¿Hay problemas emocionales o de comportamiento que debemos tener en cuenta? Sí No Si afirmativo, explicar: _____

Indique cualquier otra ayuda especial que su niño pueda necesitar para sus clases:

A COMPLETAR SOLO POR EL PACIENTE: Diagnóstico _____

Fecha del diagnóstico _____ Hospital donde fue tratado _____

¿Todavía está recibiendo tratamiento médico? Sí No Si negativo, ¿fecha del último tratamiento? _____

Nombre del médico especialista _____ Tipo de especialista _____

Número de teléfono del especialista _____ Número de fax del especialista _____

Nombre del trabajador social _____

Número de teléfono del trabajador social _____ Número de fax del trabajador social _____

Enumere los medicamentos que está tomando el paciente, incluyendo los medicamentos recetados según sea necesario. Adjunte otra hoja si necesita más espacio. Escriba "ninguno", si el paciente no toma medicamentos.

| MEDICAMENTOS | DOSIS (No abreviar) | FRECUENCIA |
|--------------|---------------------|------------|
| (1) _____ | _____ | _____ |
| (2) _____ | _____ | _____ |
| (3) _____ | _____ | _____ |
| (4) _____ | _____ | _____ |

¡Ayúdenos a encontrar la mayor lección para su hijo! Sírvase contestar las siguientes preguntas:

¿Uso de una silla de ruedas andador o bastón? Ninguno

¿Discapacidad o dificultad del habla? No Sí

¿Dificultad en el uso de las manos? No Izquierda Derecha

¿Discapacidad de la audición o la visión? No Audición Visión

¿Uso de dispositivos médicos? No Catéter Sonda de alimentación Derivador Catéter
 CCIP Tubo de oxígeno Otro



EXPECTATIVAS DE UN PARTICIPANTE DE COACHART

Para que las lecciones sean seguras, divertidas y agradables CoachArt le pide que revise, inicie cada ítem y firme el Acuerdo de Expectativas.

- _____ 1. El padre/tutor debe asistir a la Orientación Familiar de CoachArt.
- _____ 2. Los participantes deben tratar a los mentores, maestros y otros miembros de las clases con respeto y consideración.
- _____ 3. Se debe dar especial cuidado y respeto al medio ambiente donde se llevan a cabo las lecciones.
- _____ 4. Al interactuar con los tutores y otros alumnos, los participantes han de ser amables, educados y respetuosos.
- _____ 5. CoachArt se reserva el derecho de suspender/interrumpir las lecciones del estudiante por mala conducta y/o actividad ilegal.
- _____ 6. Durante las actividades de CoachArt los participantes tienen prohibido el uso o posesión de bebidas alcohólicas, tabaco o drogas. Se prohíbe la actividad sexual durante las lecciones y/o eventos de CoachArt.
- _____ 7. Los participantes deben traer su propia comida o bebida durante las clases y los mentores tienen instrucciones de no dar a los participantes ni comida ni bebida. Preferimos que los participantes no consuman alimentos ni bebidas durante su lección.
- _____ 8. CoachArt sólo comparte información médica personal con los mentores en la medida en que sea necesario. Si hay alguna información que usted considere que puede ayudar a los mentores a llevar a cabo una lección con el participante, puede compartirla con ellos. Todos los mentores y Socios del Programa han firmado un formulario de confidencialidad.
- _____ 9. Los participantes y mentores no deben encontrarse fuera de su horario de clase regular.
- _____ 10. Si tiene que faltar a una lección, debe notificar a CoachArt al menos con 2 horas de antelación. Si pierde 2 clases sin notificar a CoachArt, no podrá participar en las clases el siguiente trimestre.
- _____ 11. Si tiene que faltar a alguna actividad o evento especial para el cual se inscribió, debe comunicarse con CoachArt con un día de anticipación. No asistir a 2 actividades puede resultar en la pérdida de futuras invitaciones.
- _____ 12. Si usted no puede o decide no continuar con sus lecciones debe comunicarse con CoachArt para hacer los cambios necesarios inmediatamente.
- _____ 13. CoachArt puede prestar materiales a los estudiantes para su uso durante las clases. Los estudiantes deben cuidar de los materiales prestados. Los daños a los materiales pueden resultar en la suspensión o terminación de futuras oportunidades.
- _____ 14. Los estudiantes y los padres/tutores se comprometen a completar y devolver las evaluaciones del programa después de las actividades.
- _____ 15. Los estudiantes se gradúan del programa CoachArt cuando llegan a los 19 años.

Queremos que las lecciones de CoachArt sean una experiencia divertida y valiosa para usted. Por favor, siga las pautas que hemos fijado, ya que están diseñadas para maximizar su experiencia y proporcionarle el entorno de aprendizaje más beneficioso. Si se produce un comportamiento inaceptable, se limitará y/o terminará su participación en el programa.

He leído la carta y estoy de acuerdo en cumplir con las expectativas.

Nombre del estudiante _____

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____



DIVULGACIÓN A LOS MEDIOS PARA ESTUDIANTES

Nombre del estudiante (en imprenta) _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____

CoachArt entiende que la información sobre la salud es personal y CoachArt se compromete a proteger la privacidad de dicha información. Ante este compromiso, CoachArt busca obtener autorización por escrito antes de usar o divulgar información médica para los fines descritos a continuación. Esta forma proporciona esa autorización y ayuda a hacer que los estudiantes y sus familias estén informados adecuadamente de cómo se va a utilizar o divulgar esta información. Lea atentamente la siguiente información antes de firmar este formulario. Todas las referencias a "yo", "mi" y "a mí" en este formulario se aplican a un paciente/estudiante de CoachArt o, en su caso, al representante legal del estudiante.

¿Quién divulgará la información? Los miembros del personal, voluntarios y empleados de CoachArt pueden divulgar mi información de salud.

¿Quién recibirá la información? Mi información de salud puede ser recibida por vendedores autorizados y recaudadores de fondos externos de CoachArt y puede ser compartida con el público a los efectos de este formulario.

¿Qué información se divulgará? Mi información de salud incluye mi imagen visual y mi audio en cualquier medio de comunicación, citas, contactos y la información demográfica, el diagnóstico, la enfermedad, el nombre del médico, el tratamiento, y el área de tratamiento.

¿Cuál es el propósito del uso y la divulgación? Mi información de salud puede ser usada y divulgada para las siguientes actividades de comunicación o de prensa de CoachArt.

¿Puedo revocar esta autorización? Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la entrega de una carta escrita y firmada a: CoachArt, 3303 Wilshire Blvd, Suite 320, Los Angeles, CA 90010.

¿Cuándo expirará esta autorización? Esta autorización expirará el 31 de diciembre 2034. Al vencimiento de la presente autorización, CoachArt no permitirá ninguna nueva divulgación de mi información de salud, pero no podrá recuperar ninguna información de mi salud ya divulgada. Cuando la información de salud se da a conocer a personas o entidades que no están obligadas a cumplir con las leyes federales o estatales de privacidad médica, las personas o entidades pueden volver a divulgar dicha información a terceros y utilizarla sin estar sujeto a sanciones bajo esas leyes.

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS

AUTHORIZO DIVULGACIÓN. Estoy de acuerdo en participar en una entrevista, para proporcionar datos sobre mi cuidado y tratamiento, o el de un hermano, sobre mi participación en el programa relacionada con mi persona y que se tomen fotografías, audio, videos o grabaciones fílmicas de mi persona para alguno de las siguientes usos:

- Publicidad, marketing, recaudación de fondos y el fomento del conocimiento de CoachArt en los medios de comunicación (por ejemplo, periódicos, televisión, radio, revistas, publicaciones en Internet, etc), publicaciones impresas, presentaciones en reuniones y eventos, comunicaciones electrónicas (tales como sitios web, presencias web, boletines electrónicos, etc), los sitios de redes sociales (como Facebook, Twitter, YouTube, blogs, etc), DVDs /CD-ROMs, y propuestas de subvención. Otros usos que se describen aquí: _____

No se me pagará por mi información de salud, ni otra información personal que comparta. No se le pagará a CoachArt por el uso y divulgación de mi información de salud o de otro tipo.

NO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN. Tengo el derecho de denegar la autorización de divulgación. Entiendo que mi posibilidad de obtener clases, tutoría, u otros servicios de CoachArt no se verá afectada si no doy mi consentimiento.

Al firmar este formulario de autorización, reconozco que he leído y acepto todos sus términos. Si estoy firmando como representante legal de un estudiante, yo también reconozco que estoy autorizado para actuar en nombre del paciente/estudiante.

Firma: _____ Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

(Firma del paciente si tiene 18 años o más O del tutor o representante legal del paciente si es menor de 18 años de edad)

Relación con el Paciente/Estudiante: Yo Padre Otro representante legal _____



AUTORIZACIÓN

Nombre del estudiante _____

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN/FORMULARIO DE EXENCIÓN (página 4)

Por el presente libero a CoachArt, sus voluntarios, las instituciones de atención médica afiliados y agentes, de cualquier y toda responsabilidad por los tratamientos administrados de acuerdo con esta forma de consentimiento.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

EXPECTATIVAS DE UN PARTICIPANTE DE COACHART (página 6)

He leído las Expectativas de un Participante de CoachArt y acepto cumplir las expectativas y hacerlas cumplir con mi hijo.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

DIVULGACIÓN PARA ESTUDIANTES (página 7)

AUTORIZO DIVULGACIÓN.

NO AUTORIZO DIVULGACIÓN.

Al firmar este formulario de autorización, reconozco que he leído y acepto todos los términos que figuran en el Formulario de Divulgación para los Estudiantes. Si estoy firmando como representante legal de un estudiante, yo también reconozco que estoy autorizado para actuar en nombre del paciente/estudiante.

(Firma del paciente si tiene 18 años o más O del tutor o representante legal del paciente si es menor de 18 años de edad)

Nombre en imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO MÉDICO (Solo para pacientes)

(Puede completarlo el especialista del paciente, médico de atención primaria o enfermera de atención primaria)

CoachArt provides free lessons in the arts and athletics to children and adolescents with a chronic and life threatening illness. In order to enroll in our program, students must fill out an application, which includes a form for the authorization for Use/Disclosure of Protected Health Information in compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act. In addition, while students choose activities they would like to participate in, we ask that this doctor's consent form be signed in which doctor's approve of said activities. Doctor will not be liable for anything that happens during patient participation of our program. We will not enroll the student in any activity prior to the doctor's consent and ask that you fax us the form as soon as possible to enable their participation in a timely manner.

Patient Full Name _____

Patient Date of Birth: _____ **Patient Diagnosis:** _____

My patient is able to participate in the following activities through the CoachArt program (list activities from page 3):

(Activity #1) _____ **(Activity #3)** _____

(Activity #2) _____ **(Activity #4)** _____

Please list any physical limitations or concerns regarding the activities listed above:

PLEASE PRINT LEGIBLY.

Physician Name _____ **Medical Specialty** _____

Telephone Number _____ **Fax Number** _____

Email _____

Physician Signature (X) _____ **Date** _____

Thank you!

CoachArt - **Los Angeles** | 3303 Wilshire Boulevard, Suite 1200, Los Angeles, CA 90010 | Tel: 213.736.2850 Fax: 213.736.2851

CoachArt - **San Francisco Bay** | 1624 Franklin Street, Suite 601, Oakland, CA 94612 | Tel: 510.444.7001 Fax: 510.444.7008