

***AHA!* THE ACADEMY OF HEALING ARTS FOR TEENS**  
**(La Academia de Artes Curativas para Adolescentes)**  
**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA EXTRACURRICULAR**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

**DATOS DEL PADRE/CUSTODIO(S) :**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/custodio: \_\_\_\_\_

Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

---

**ENVIADO POR:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cargo/Título: \_\_\_\_\_ Organización/Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

**INFORMACION ESCOLAR:**

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Favor de marcar todos los que aplican:

GATE....Honors Classes....VADA....MADD....Open IEP....504 Plan....Truancy Prog

Nombre del Consejero: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

---

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono en domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

**FAVOR DE MANDAR ESTE FORMULARIO POR CORREO O FAX A:**

**Isis Castañeda**

**Coordinadora de Relaciones Comunitarias**

The Academy of Healing Arts for Teens (*AHA!*)

c/o Family Therapy Institute

23 West Mission Street

Santa Barbara, CA 93101

**Medios de contacto:**

**Teléfono:** 805.448.0920

**Fax:** 805.569.3609

**Correo electrónico:**

isiscasta@yahoo.com

# **AHA!**

**Academy of Healing Arts for Teens (La Academia de Artes Curativas para Adolescentes)**  
23 W. Mission St. Santa Barbara, CA 93101 (805)569-6277 ext 108 FAX (805)569-3609

## **ACUERDO DE PARTICIPACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

*AHA!* Se dedica al desarrollo del carácter, la inteligencia emocional, y la consciencia social en los adolescentes. A través de un programa extracurricular innovador enfocado en la expresión individual, la colaboración en grupo, entrenamiento en empatía, y reducción de prejuicio *AHA!* tiene como objetivo asistir a los adolescentes aprender a proponerse metas, dejar de intimidar y odiar, apoyar a sus compañeros, y a servir a la comunidad.

Firmando este documento abajo, yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre o custodio legal)

padre o custodio de \_\_\_\_\_, consiento de que  
(Nombre del adolescente)

mi hijo/a participara en *AHA!* y en la evaluación de *AHA!*

Además yo entiendo que datos estarán recompilados por medio de sondeos escritos, entrevistas individuales, un video de la reunión final de los participantes, y documentos escolares. Entiendo que yo participaré en estudios escritos y también cuestionarios. El objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de las actividades del proyecto a través de observación de cambios que puedan ocurrir en adolescentes participantes en cuanto a sus habilidades sociales, su progreso académico, o a su inteligencia emocional.

Entiendo que mi hijo/a participará en grupos extracurriculares este semestre y tendrá oportunidad a participar el semestre que viene. Las encuestas se completarán al principio y al final de los grupos para ambos padres e hijos. Preguntas de entrevista se completaran al final de los grupos para ambos padres e hijos. Reuniones adicionales con mi hijo/a pueden ocurrir cuando sean necesarias para averiguar cómo andan en el programa. Los beneficios que se pueden esperar en consecuencia de participar en este programa y su evaluación son el desarrollo de la inteligencia emocional, el carácter, la imaginación, y la conciencia social.

Datos que se obtengan en el curso de participación y del estudio evaluativo que se puede identificar con mi hijo/a o yo se mantendrán en confianza y estarán divulgados solo con mi permiso o según los requisitos de la ley. Reconozco que es posible que los datos o declaraciones hechos por mí o por mi hijo/a podrán ser incluidos en informes para agencias locales, estatales, y/o federales, pero en ningún caso esta información compartida tendrá vínculo conmigo o con mi hijo/a.

Entiendo que si yo decido participar, tengo la opción de retirar mi consentimiento y dejar de participar en cualquier momento sin prejuicio. Si tengo preguntas, sé que puedo contactar a Isis Castañeda a (805) 448-0920 o a Rendy Freedman, MFT, a 569-2272 ext. 108. He recibido una copia de este documento para guardar.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/custodio legal  
Relación al Estudiante: Madre Padre Custodio legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante AHA!

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Líder AHA!

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AHA!**

**Academy of Healing Arts for Teens** (La Academia de Artes Curativas para Adolescentes)

23 W. Mission St. Santa Barbara, CA 93101 (805)569-6277x108 FAX (805)569-3609

**Autorización Para Obtener Datos Escolares**

Yo, \_\_\_\_\_, firmando este documento abajo,  
(Nombre del padre o custodio legal)

de hecho autorizo a AHA obtener información de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la escuela)

sobre \_\_\_\_\_  
(Nombre del estudiante)

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Estoy de acuerdo que se puede dar a conocer la información siguiente:

**Transcripciones académicas  
Informes sobre asistencia escolar**

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mandando noticia escrita a AHA! Además entiendo que una revocación de la autorización no es efectiva en la medida en que acción ya fue tomada en base a esta autorización.

A menos de haber sido revocado antes, este consentimiento vence al año de la fecha firmado abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/custodio legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AHA! es un proyecto del Instituto de Terapia Familiar (Family Therapy Institute) de Santa Barbara. El programa se dedica al desarrollo del carácter, la imaginación, la inteligencia emocional, y la consciencia social en adolescentes.**

# AHA!

**Academy of Healing Arts for Teens** (La Academia de Artes Curativas para Adolescentes)

23 W. Mission St. Santa Barbara, CA 93101 (805)569-6277x108 FAX (805)569-3609

## Acuerdo de Permiso y de la Transferencia de Derechos

Al firmar este documento, yo, \_\_\_\_\_ padre o custodio  
(Name of parent or legal guardian)

de \_\_\_\_\_, cedo derechos a AHA!  
(Nombre de hijo/a)

la historia y el video/o las fotografías que AHA! obtuvo por medio de video grabación o fotografía durante la participación de mi hijo/a en el programa. Yo entiendo que esto se puede usar en publicaciones en los sitios Web de AHA! y el Instituto de Terapia Familiar (Family Therapy Institute) para publicidad de AHA!, para una publicación futuro en formato de libro o película documental, y para el propósito de la educación y entrenamiento.

En consideración de la reexaminación de las materias por AHA!, yo por mi firma transfiero a AHA! todos derechos, títulos, intereses y propiedad intelectual de esta historia. También estoy de acuerdo con lo siguiente:

- a) Doy permiso a los directores de AHA! a usar la imagen, la foto, la voz, la apariencia y la actuación de mi hijo/a representadas en los materiales.
- b) Por el presente renuncio todos cachés, honorarios, o tales sumos que pueda aplicarse.
- c) Yo doy constancia que tengo pleno derecho y autoridad de dar a conocer y ceder materiales concerniendo la historia de AHA! a AHA!
- d) Por el presente eximo, dispenso y estoy de acuerdo a considerar inocente al Instituto de Terapia Familiar (Family Therapy Institute) y AHA! de cualquier responsabilidad o daño que pueda ocurrir por medio de las transferencias de derechos y/o permisos en esto.

Por la presente yo aseguro que soy el custodio legal del menor nombrado arriba y que tengo todo derecho de contratar por el/ella en el asunto anterior. Yo declaro además que he leído todas las transferencias, permisos, constancias, cesiones, y acuerdos más arriba y estoy de acuerdo por parte mía y de dicho menor a sus términos. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mandando noticia escrita a AHA! Además yo entiendo que una revocación de la autorización no es efectiva en la medida en que acción ya fue tomada en base a esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/custodio legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AHA! es un proyecto del Instituto de Terapia Familiar (Family Therapy Institute) de Santa Barbara. El programa se dedica al desarrollo del carácter, la imaginación, la inteligencia emocional, y la conciencia social en adolescentes.**



## **2010-2011 AHA! Al Aire Libre AHA! Para Adolescentes**

AHA! Al aire libre ofrece actividades cada mes como el surf, cabalgatas, kayak, caminatas por la naturaleza, cursos de cuerdas, y mucho más! Al estar al aire libre, los adolescentes tienen la oportunidad de entrar en contacto con la naturaleza a un nivel más profundo y de desarrollar un aprecio por las actividades al aire libre. Estas a su vez aumentan la conciencia del ser, poder personal y sentido de responsabilidad en cada adolescente

**Las metas de AHA! al aire libre son:**

- **Divertirse!**
- **Crecimiento Personal:** En cuanto a la toma de conciencia, poder personal, y sentido de responsabilidad.
- **Contacto con la Naturaleza:** Desarrollamos una relación con la naturaleza como un recurso para la auto-curación y auto-cuidado.

**Participantes y acudientes deben llenar los siguientes formularios:**

- Formulario de permiso y exención de responsabilidad.
- Formulario de información médica
- Formulario de consentimiento de participación

**Facilitadores: Heather Cole, Brad Edwards y Mauricio Mendez**

**Información sobre las próximas Excursiones de AHA! al aire libre se darán a conocer próximamente.**

**En caso de alguna duda por favor contactar a:**

**Heather Cole  
The Family Therapy Institute  
111 E. Arrellaga Street Santa Barbara CA 93101  
(805) 882-2400 Ext. 309  
cole4478@hotmail.com**

## Formulario de permiso y exención de responsabilidad.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre y/o Acudiente(s) \_\_\_\_\_

Por favor llenar con sus iniciales los 4 espacios y posteriormente llenar la parte inferior.  
La persona responsable debe ser mayor de edad. (18 años o más}

\_\_\_\_\_ Entiendo que Heather Cole y el equipo de instructores de AHA! tomarán todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad, pero también entiendo que al incurrir una lesión o accidente en el transportation o actividad, no haré responsable a ninguno de los anteriormente mencionados ni al Instituto de Terapia Familiar.

\_\_\_\_\_ Soy consciente de que se incurren en diferentes grados de riesgo al entrar en contacto con la naturaleza. Tengo entendido que la descripción de estos riesgos no está completa y que otros desconocidos o imprevistos pueden resultar en lesiones personales. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de que mi hijo(a) participe en cualquiera de las salidas de AHA!, que incluyen pero no están limitadas a: kayak, cabalgatas, excursiones, y el surf. Entiendo que mi hijo(a) ha escogido voluntariamente a participar, después de haber entendido estos posibles riesgos inherentes.

\_\_\_\_\_ Certifico que mi hijo(a) está en plena capacidad de participar en las actividades de AHA!, por lo tanto asumo plena responsabilidad por su participación.

\_\_\_\_\_ Fotografías: Doy a AHA! el derecho y permiso para el uso, la reutilización, publicación de fotos tomadas y la impresión del nombre de mi hijo(a) junto a éstas.

Firma del Acudiente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Acudiente (En letra legible) \_\_\_\_\_

Dirección (Residencia) \_\_\_\_\_

Tel. (Casa) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Contacto (Emergencia) \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

# AHA! Formulario de Información Médica

Información Médica: Es la responsabilidad del participante de revelar toda la información pertinente en cuanto a la salud del participante y necesidades especiales. Información adicional y/o declaración del médico puede ser necesaria para los participantes con necesidades especiales o con condiciones médicas. La información es confidencial y se utilizará sólo para determinar la asistencia médica adecuada.

---

Salud/Necesidades Especiales: En caso afirmativo, sírvase explicar la gravedad y los medicamentos:

ADD/ADHD \_\_\_\_\_  
Alergia/Asma \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_  
Dieta o restricciones de actividades \_\_\_\_\_  
Medicamentos Tipo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Convulsiones Fecha de última convulsión: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Trastornos de sueño \_\_\_\_\_  
Alguna otra condición médica \_\_\_\_\_  
Fecha de último examen médico \_\_\_\_\_

Doy mi permiso a AHA! Al Aire Libre y a sus dirigentes de suministrar los siguientes: Por favor, denote todo lo aplicable: Aspirina, Acetaminofen, Tylenol, Aleve, Advil, Antihistamínico (Benadryl) para picaduras de insecto, erupciones cutáneas, o síntomas de resfriado a mi hijo(a), y la exención de responsabilidad de los empleados de AHA! en cuanto a cualquier reacción a los medicamentos suministrados. Los medicamentos deben ser suministrados de acuerdo a la prescripción médica.

**SUS INICIALES AQUI** \_\_\_\_\_

Seguro Médico: nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Entiendo que AHA! no cubre seguro médico o de accidentes para ninguno de sus miembros o participantes. Todos los gastos incurridos en el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes será responsabilidad del participante y su aseguradora.

**SUS INICIALES AQUI** \_\_\_\_\_

---

**PERMISO DE AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD:** Como padre, madre o acudiente legal de los adolescentes registrados en este formulario, Por la presente autorizo a AHA!, a sus delegados y dirigentes en dar su consentimiento en cuanto a la atención médica y/u hospitalaria prestada ante la recomendación legal de un médico con licencia y el suministro de la información de Salud y Necesidades Especiales para el tratamiento médico adecuado. Entiendo que si el tiempo y las circunstancias lo permiten, AHA! intentará, pero no está obligada, a comunicarse conmigo antes de dicho tratamiento. Estoy de acuerdo en que AHA! y sus dirigentes designados no tendrán ninguna responsabilidad legal o financiera por cualquier reclamo derivado de cualquier enfermedad o lesión conectada a la participación en cualquier programa de AHA!.

**SUS INICIALES AQUI** \_\_\_\_\_

---

**ACUERDO DE EXENCION PARA TODOS LOS PARTICIPANTES:** Bajo pena de ley, al firmar el formulario de inscripción, declaro que el historial de salud es correcto y está completo, y en mi saber, mi hijo(a) tiene mi permiso para participar en todas las actividades de AHA! descritas anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Acudiente      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante      Fecha

# AHA! Formulario de Acuerdo de Participación

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre y/o Acudiente \_\_\_\_\_

1. Me pondré en contacto con uno de los líderes del grupo de inmediato en caso de cualquier imprevisto que me cause la no participación en alguna actividad.
2. Voy a tratar a los demás miembros del programa con respeto y consideración.
3. Me abstendré de estar en el grupo bajo la influencia, y no traeré ningún tipo de droga, alcohol o cigarrillos a ninguna salida con AHA!
4. No traeré teléfonos celulares, ni buscapersonas, ni walkmans, ni juegos de video.
5. No traeré armas, ni animales ni equipo deportivo desautorizado.
6. Yo y mis acudientes asumimos plena responsabilidad financiera por cualquier daño a propiedad o instalaciones ajenas, si el daño es el resultado de negligencia, vandalismo o culpa propia.
7. Estoy de acuerdo en respetar los términos de confidencialidad. En otras palabras: "lo que es dicho y hecho durante el clase y/o retiro permanece allí y no se discute en el exterior." Usted puede hablar acerca de su propia experiencia, pero no acerca de la de los demás.
8. Entiendo y acepto que el hecho de no cumplir con los acuerdos mencionados anteriormente podría resultar en mi retiro del programa.

## **Firma del Estudiante:**

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

## **Firma del Padre/Madre y/o Acudiente:**

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