



## Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

**P**romoting~ **R**espect~ **I**ntegrity~ **D**etermination~ **E**mpowerment

*Sponsored by South Jersey Healthcare*

### ***Formulario de Inscripción***

**¡Viendo a los Jóvenes “En la Promesa” y “No a Riesgo”!**

#### **Descripción y Filosofía del Programa**

El programa Carrera P.R.I.D.E. es un programa adolescente de la prevención del embarazo que utiliza un acercamiento de largo plazo, holístico para empoderar la juventud, para ayudarle desarrollar metas personales y el deseo por un futuro productivo. Además de desarrollar su instrucción sexual este programa educa a adolescentes sobre abstinencia así como las consecuencias potenciales de la actividad sexual. Dirigido por una filosofía que considere la juventud como “en la promesa” y no “a riesgo,” el programa de Carrera P.R.I.D.E. trabaja para desarrollar la capacidad de un participante y para desear de evitar embarazo. El modelo del programa de desarrollo de la juventud también proporciona las oportunidades para que la gente joven descubra intereses y desarrolle talentos, así como acentuar la importancia de la educación y del empleo. El programa de Carrera P.R.I.D.E. se reunirá cinco días a la semana extraescolar así como algunos sábados durante el año escolar. Además, ofrecemos un programa anual del verano.

#### **El modelo incluye siete componentes fundamentales:**

- 1. Educación:** Ayuda escolar y enriquecimiento educativo con profesores entrenados y tutores, dirigidos por los planes académicos individuales (IAP) de cada participante;
- 2. Empleo:** Exposición semanal al “mundo del trabajo,” incluyendo estipendios de la ganancia, enseñanzas de las cuentas bancarias de apertura, de la exploración, y participar en proyectos emprendedores;
- 3. Servicios Salud Mental:** Los grupos de discusión semanales guiado por trabajadores sociales licenciados; ofrece asesoramiento, ayudas, e intervención de crisis individuales según lo necesario.
- 4. Educación de la vida familiar y de la sexualidad (FLSE):** Sesiones semanales en educación sexual y familiar, apropiado por el nivel y edad de los participantes. Enseñanzas son comprensivas, y científicamente exactas y dirigido por un profesional entrenado;
- 5. Expresión de Artes:** Talleres semanales de la música, la danza, escritura y del drama llevados por el teatro y con los profesionales en varios medios de arte, así los niños pueden descubrir talentos y empezar valorarse por si mismo;
- 6. Deportes Individuales:** Un programa de aptitud que acentúa los deportes que construyen autodisciplina y se pueden jugar a través de vida, incluyendo golf, boliche, natación, y otros;
- 7. Cuidado médico, dental, y de la visita completo:** Servicios comprensivo en cada área, a ningún costo a los participantes, servicios proporcionados con doctores locales.

**Site Location:** Broad Street School

251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302

**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261



## Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

**P**romoting~ **R**espect~ **I**ntegrity~ **D**etermination~ **E**mpowerment

Sponsored by South Jersey Healthcare

### *Formulario de Inscripción*

#### **Información de Contacto del Participante**

El programa Carrera P.R.I.D.E. cree que los padres son los educadores más importantes de sus niños y tenemos gusto de permanecer en contacto! Provea por favor a nosotros su información de contacto más reciente.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casero: \_\_\_\_\_ Celular del estudiante: \_\_\_\_\_

1) Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

2) Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

3) Nombre de contacto de la emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Site Location:** Broad Street School

251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302

**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261



Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

Promoting~ Respect~ Integrity~ Determination~ Empowerment

Sponsored by South Jersey Healthcare

**Formulario de Inscripción**

**Información de Salud Medico, Dental y de la Vista**

**Carrera P.R.I.D.E. están interesado en el salud medico de su hija.**

**Favor de proveer la información más actual y esta será mantenida confidencial.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información Médica**

¿Su niño tiene un médico de la atención primaria? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Nombre de Doctor/Clinica: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono:

\_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico de bien salud: \_\_\_\_\_ Tiene su hijo/a seguro médico? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Persona responsable del seguro? \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_ ¿Si su niño no tiene seguro médico,

usted estaría interesado en obtener seguro medico? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Por favor anote si su hijo/a tiene:

¿Alergias? \_\_\_\_\_ ¿Asma? \_\_\_\_\_ ¿Medicamentos que toma al diario? \_\_\_\_\_

¿Necesidades especiales? \_\_\_\_\_ ¿Están sus vacunas al día? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Información Dental**

¿Su hijo/a ha tenido una visita al dentista el año pasado? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

¿Tienen seguro dental?: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Nombre del

seguro: \_\_\_\_\_

Nombre la persona responsable de la póliza de seguros:

\_\_\_\_\_ Número de póliza:

\_\_\_\_\_

Nombre de su dentista: \_\_\_\_\_ Número de

teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de la Vista**

¿Su hijo/a ha tenido un examen reciente de la vista? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ La fecha del examen más

reciente: \_\_\_\_\_ Nombre de oculista, si tienes? \_\_\_\_\_

**Site Location:** Broad Street School

251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302

**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261



## Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

**P**romoting~ **R**espect~ **I**ntegrity~ **D**etermination~ **E**mpowerment

*Sponsored by South Jersey Healthcare*

### ***Formulario de Inscripción***

#### **Servicios Medico, Dental y de la Vista**

**El Componente de servicios médicos le ofrece a su hijo/a la oportunidad de recibir cuidado completo, a ningún costo a usted por este programa.**

Los servicios incluyen, pero no limitado a:

- ❑ **Cuidado Completo de Medico**
  - Los servicios están localizado en \_\_\_\_\_
  - Los servicios incluyen examen físico anuales, las revisiones, citas de enfermedad, servicios salud reproductivo (para las niñas) cuando necesario, la educación de salud inclusive apoyo de abstinencia y consejos de nutrición.
- ❑ **Cuidado Especializado**
  - Los servicios especializado son proveídos por clínicas acreditado en la area de \_\_\_\_\_
  - Los cuidados especializados incluye pero no se limita a la cardiología, a la dermatología, a la endocrinología, a la hematología, a la nefrología y al ortopedia.
- ❑ **Cuidado Completo Dental**
  - Servicios son proveídos por \_\_\_\_\_
  - Servicios incluyen pero no se limita a los radiografías, limpiezas, incluyen tratamientos de fluoruro, instrucción del higiene oral, los exámenes, los selladores, los rellenos y las extracciones.
- ❑ **Cuidado de la Vista**
  - Servicios de la vista son proveídos por \_\_\_\_\_

**Site Location:** Broad Street School

251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302

**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261



## Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

**P**romoting~ **R**espect~ **I**ntegrity~ **D**etermination~**E**mpowerment

*Sponsored by South Jersey Healthcare*

### ***Formulario de Inscripción***

**El Director(a) y Trabajador(a) Comunitario de la Programa trabajarán de cerca con usted y su hijo/a para asegurar que su hijo/a reciba cuidado de salud completo y de calidad.**

**El Programa de Carrera P.R.I.D.E. serán disponible para:**

- Asistir su familia en obtener cuidado médico, seguro medico o ayuda en cambios póliza
- Ayudar en conseguir proveedores médicos y para planificar citas médicos o lo relacionado con el salud
- Acompañar participantes a sus citas del doctor/dentista/oculista
- Comunicar con los profesionales de salud y con los padres o tutores del participante de la programa

**Site Location:** Broad Street School

251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302

**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261



Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

Promoting~ Respect~ Integrity~ Determination~ Empowerment

Sponsored by South Jersey Healthcare

**Formulario de Inscripción**

**Servicios Medico, Dental y de la Vista**

**¿Quiere que su hijo/a para recibe los servicios médicos y/o dentales por el programa Carrera P.R.I.D.E.?**

- Sí, yo quiero que mi hijo/a reciba servicios médicos por el programa
- Sí, yo quiero que mi hijo/a reciba servicios dentales por el programa
- Sí, yo quiero que mi hijo/a reciba exámenes de la vista por el programa
- No, no quiero que mi hijo/a reciba servicios médicos por el programa
- No, no quiero que mi hijo/a reciba servicios dentales por el programa
- No, no quiero que mi hijo/a reciba servicios médicos por el programa
- No, no quiero que mi hijo/a reciba servicios de la vista por el programa

**Si, si deseo estos servicios para mi hijo/a:**

Sí, yo, \_\_\_\_\_, el padre o tutor de \_\_\_\_\_, por este medio doy mi consentimiento al personal de La Programa de las adolescencias Carrera P.R.I.D.E., para acompañar a mi hijo/a a su citas médicas, para comunicar con los profesionales de salud con respecto a la salud de mi hijo/a y para recibir recetas medicas a nombre de mi niño.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**No, no deseo estos servicios para mi hijo/a:**

No, yo, \_\_\_\_\_, el padre o tutor de \_\_\_\_\_, certifico que yo no deseo que mi hijo/a reciba los servicios médicos y/o dentales por el programa. Comprendo que puedo cambiar mi decisión durante la participación de mi hijo/a en el programa.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Site Location:** Broad Street School  
251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302  
**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261



Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

**P**romoting~ **R**espect~ **I**ntegrity~ **D**etermination~**E**mpowerment

*Sponsored by South Jersey Healthcare*

**Formulario de Inscripción**

**Consentimiento de Educación**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Nombre de Padres/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Consejero/a Escolar \_\_\_\_\_

Nombre de Maestro/a \_\_\_\_\_ Clase # \_\_\_\_\_

Yo por la presente otorgo permiso para el acceso a registros de la escuela de mi hijo/a por el Coordinador de Educación y el Coordinador/a del Programa. Además, concuerdo que el personal del programa puede abogar y apoyar a mi hijo/a en las siguientes maneras:

- El permiso de recoger en persona o por fax información sobre mi hijo/a al personal del programa con referido: calificaciones, expedientes, información de IEP y asistencia.
- El permiso de reunirse con funcionarios de escuela con respecto a asuntos que implican a mi hijo/a en ausencia de un padre o el guardián.
- El permiso para solicitar información de escuelas pertinentes con respecto a las puntuaciones de mi hijo/a, el nivel del desempeño en pruebas estandarizadas dadas durante el año escolar o cualquier otra prueba administrados por la escuela.
- El permiso de abogar a favor de mi hijo/a y para obtener acceso a la información referida de esta fecha hasta la duración que mi hijo/a estará en la asistencia en esta escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Site Location:** Broad Street School  
251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302  
**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261



## Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

**P**romoting~ **R**espect~ **I**ntegrity~ **D**etermination~**E**mpowerment

*Sponsored by South Jersey Healthcare*

### ***Formulario de Inscripción***

#### **El Club del trabajo: Consentimiento para Establecer una Cuenta Bancaria**

As a part of the Carrera P.R.I.D.E. Program Job Club component, young people have an opportunity to learn about the world of work, earn weekly stipends, open individual bank accounts, and participate in entrepreneurial projects. In order to establish these bank accounts we will need your child's social security number (SSN), date of birth and your permission to establish these accounts on their behalf.

Como una parte del Programa Carrera P.R.I.D.E. el componente de Club de Trabajo, los jóvenes tienen una oportunidad de aprender acerca del mundo del trabajo, ganar remuneraciones semanales, abrir cuentas bancarias individuales, y tomar parte en proyectos empresariales. Para establecer éstos depositan cuentas que necesitaremos el Número del Seguro Social (SSN)\* de su hijo/a, acta de nacimiento y su permiso para establecer estas cuentas en su beneficio.

¿Quiere que su hijo/a reciba una cuenta de ahorros? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

\_\_\_\_\_Sí, quiero que mi hijo/a reciba una cuenta de ahorros. Por favor proporciona la siguiente información:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (SSN)\* del estudiante: \_\_\_\_\_

Por último, su firma que autoriza nosotros utilizar esta información para el propósito de establecer las cuentas bancarias.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Si usted no tiene un número del seguro social, puede sustituirlo por una identificación extranjera.**

#### **Lista Documentación del Aplicación**

**Site Location:** Broad Street School

251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302

**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261





Partnership for Healthy Teens-Carrera P.R.I.D.E. Program

Promoting~ Respect~ Integrity~ Determination~ Empowerment

*Sponsored by South Jersey Healthcare*

**Formulario de Inscripción**

2011-2012

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

SITIO: Broad Street School

ESCUELA INTERMEDIANA/COLEGIO: \_\_\_\_\_

- FORMA DE PARTICIPANTE \_\_\_\_\_
- PERMISO MEDICO \_\_\_\_\_
- PERMISO DE EDUCACION \_\_\_\_\_
- EXPEDIENTE ESCOLAR \_\_\_\_\_
- COPIA DE SEGURO SOCIAL\* \_\_\_\_\_
- COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_
- COPIA DE VACUNAS \_\_\_\_\_
- HORARIO ESCOLAR (SEPT) \_\_\_\_\_
- COPIA DE TARJETA DE SALUD/SEGURO \_\_\_\_\_

**\*Si usted no tiene un número del seguro social, puede sustituirlo por una identificación extranjera.**

- PARTICIPANT DATA FORM \_\_\_\_\_
- MEDICAL CONSENT FORM \_\_\_\_\_
- EDUCATION PERMISSION FORM \_\_\_\_\_
- COPY OF SCHOOL TRANSCRIPT \_\_\_\_\_
- COPY OF SOCIAL SECURITY CARD \_\_\_\_\_
- COPY OF BIRTH CERTIFICATE \_\_\_\_\_
- IMMUNIZATION RECORD \_\_\_\_\_
- SCHOOL SCHEDULE \_\_\_\_\_
- COPY OF INSURANCE CARD \_\_\_\_\_

**Site Location:** Broad Street School

251 West Broad Street, Bridgeton, N.J. 08302

**Site Coordinator:** Jasmine Demby 856-575-4261