GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO

Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy

¡Felicidades!

Su hijo/hija ha sido seleccionado(a) como Candidato(a) a participar en la Fase de Aclimatación de la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy de la Guardia Nacional de Puerto Rico.

Adjuntamos los documentos finales que usted debe completar y entregar el primer día de participación de su hijo(a) en el Programa. **Usted necesita leer todo cuidadosamente**. Asegúrese de que su hijo/hija entiende los requisitos y responsabilidades de ser un Candidato de este Programa. Necesitamos que toda la información esté completa, ***desafortunadamente no podemos admitir jóvenes con documentación incompleta.***

Su compromiso de apoyar a su hijo(a) nos ayudará a impactar su futuro, contamos con su cooperación.

Cordialmente,

Matilde Almodóvar

Matilde Almodóvar Acosta
Directora
Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy

DOCUMENTOS PARA PADRES

1) **INFORMACION DEL JOVEN Y PADRES REFERENTE AL SOLICITANTE** P. 4 - 5
   Complete cada sección correctamente, aunque haya colocado en otros documentos la información.
2) **CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION** P. 6 - 7
   Debe ser leído, discutido y firmado por el encargado y el participante.
3) **CERTIFICADO DE ENTENDIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD** P. 8 - 9
   Este documento debe ser notariado por un abogado y es requisito para el día de ingreso
4) **PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE 12 MESES** P. 10
   Debe ser leído, discutido y firmado por el encargado y el participante.
5) **CONSENTIMEINTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD DE EXAMENES** P. 11
   Debe ser leído, discutido y firmado por el encargado y el participante.
6) **HISTORIAL PSICOSOCIAL** P. 12 - 13
7) **AUTORIZACION DE PASES** P. 14
8) **FORMAS MEDICAS ADICIONAL** P. 15 - 16
9) **CERTIFICADO MEDICO** P. 17 - 18
10) **CERTIFICADO MEDICO DENTAL** P. 19
11) **CERTIFICADO MEDICO VISUAL** P. 20
12) **LISTADO DE ARTICULOS PERSONALES QUE DEBEN TRAER LOS CANDIDATOS** P. 21 - 22

DOCUMENTOS Y OTROS DETALLES ADICIONALES QUE DEBERÁ INCLUIR Y TRAER EL DÍA DE INICIO
• **Certificado de Salud del Candidato (Tarjeta)**
• **Medicamentos recetados – Deberán incluir copia de receta**
• **Certificado Negativo de Antecedentes Penales de los Mentores (*con fecha de emisión no mayor de treinta días antes de comenzar la Academia*). *Nota: Si el documento se obtiene en línea por medio de la página (pr.gov) deberá traer validación del mismo.***
• **Tarjeta ATH – deberá abrir una cuenta de depósito en el banco de su preferencia. En la misma depositará el mínimo de $40.00. La cuenta deberá tener una tarjeta ATH que deberá permanecer con el / la joven para que pueda disponer del dinero en el tiempo que esté participando del Programa. Este será utilizado por el / la joven según sea su necesidad.**

NOTA: **Todos los documentos solicitados anteriormente son un requisito de urgencia para que el Candidato pueda comenzar en el Programa.**

***Si el día de comienzo del Programa estos documentos no están completos en su totalidad el joven no será aceptado.**

INFORMACION DE LOS PADRES REFERENTE AL SOLICITANTE

Apellidos Solicitante: _____ Primer Nombre: _____

Nombre Padre/Madre/Tutor(a) Legal: _____

Relación con el solicitante: _____

Complete en su totalidad los siguientes encasillados, aunque ya haya colocado la información en otras secciones. La información será de la persona que tenga la custodia legal (favor de traer doc. de tribunal).

PADRE o TUTOR LEGAL

Dirección Residencial: _____
Calle/Número/Vivienda Pública/ Urbanización

_____
Pueblo Código Postal

Dirección Postal: _____
PO Box/Buzón

_____
Pueblo Código Postal

Teléfonos: (___) ___ - ___ / (___) ___ - ___ / (___) ___ - ___

Correo Electrónico:_____

MADRE o TUTORA LEGAL

Dirección Residencial: _____
Calle/Número/Vivienda Pública/ Urbanización

_____
Pueblo Código Postal

Dirección Postal: _____
PO Box/Buzón

_____
Pueblo Código Postal

Teléfonos: (___) ___ - ___ / (___) ___ - ___ / (___) ___ - ___

Correo Electrónico:_____

Es necesario que tengamos contacto con usted en todo momento. Como sabemos que es imposible mantener comunicación durante las 24 horas del día, es importante que podamos localizarlo si surgiera una emergencia. Favor de indicarnos en el espacio de abajo los números de ***familiares, vecinos y/o amigos*** donde usted pueda ser localizado **(*favor incluir números de teléfonos alternos a los ya provisto en la aplicación*).**

NOMBRE	RELACION	NUMERO DE TELEFONO

¿Qué herramientas necesita usted para poder apoyar a su hijo(a) a obtener el mejor provecho en este programa?

_____

_____

_____

_____

_____

Mi hijo (a) tendrá _____ años al culminar en la Academia.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
Nombre padre, madre o tutor (a) legal	Firma padre, madre o tutor (a) legal	Fecha

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION

La Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy de la Guardia Nacional de Puerto Rico puede ser demandante físicamente y potencialmente peligroso. Algunos participantes pueden encontrar el programa física, mental y emocionalmente agotador. Esto puede incluir experiencias que puedan causar algunas alteraciones emocionales y causar desorden mental durante o después del Programa.

Durante el curso, todas las actividades son programadas y se componen de muchas horas. Se servirán tres comidas balanceadas diariamente. Las horas de descanso (noche) pueden ser menos horas de las que el participante esté acostumbrado. Entre las actividades físicas extenuantes están:

1. **Se le estará adiestrando de los diferentes conceptos:**

   a. Liderazgo
   b. Ejercicios
   c. Higiene y aseo personal
   d. Manual del Cadete
   e. Dieta y Nutrición
   f. Sobre vivencia controladas
   g. Primeros Auxilios
   h. Reglas de Cortesía
   i. Trabajo en equipo
   j. Mantenimiento de las áreas
   k. Rangos, conceptos y lenguaje militar
   l. Efectos sobre el abuso de sustancia

2. **Realizarán ejercicios tales como**:

   a. Correr alrededor de 2 millas
   b. Caminata alrededor de 2 millas
   c. Estiramiento
   d. Push-up
   e. Sit- up

Aquellas personas que tienen problemas médicos y/o desórdenes emocionales pueden ser más susceptibles al agotamiento físico que otros. Esta condición incluye, y no está limitada a problemas del corazón, desorden muscular o nervioso, desorden en las glándulas o el metabolismo, algunas enfermedades respiratorias y alta presión sanguínea. La Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy no es un método para psicoterapia, y no es para utilizarse como sustituto para tratamiento de salud mental.

Es recomendable que **USTED NO** participe en la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy si usted:

1. Está en terapia y/ o pasando por una situación la cual requiera terapia. Es adicto a la heroína o la cocaína.

2. Ha estado en terapia alguna vez y no ha sido productiva para resolver la situación por la cual entró en terapia.

3. Ha estado hospitalizado por tratamiento siquiátrica o desorden mental, o que esa hospitalización haya sido recomendada por un siquiatra y la condición sigue inestable según el siquiatra o terapista.

4. Está considerando buscar ayuda siquiátrica o médica para algún problema emocional o situaciones en su vida.

DECLARACION

He leído y entendido lo escrito en la página anterior titulada **Consentimiento de Participación**. Entiendo que el Programa conlleva un alto riesgo de serios daños y alteraciones emocionales. Estoy de acuerdo y me responsabilizo de mi estado físico y emocional.

Yo certifico que no estoy entrando al Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy para participar en terapia siquiátrica o para sustituirla.

No tengo conocimiento de ningún episodio en mi vida que indique que padezco de algún desorden mental o físico que no haya indicado al Programa. Además, entiendo que no presento síntomas físicos o mentales que indiquen que no estoy capacitado física o emocionalmente para participar en el Programa sin que incurra en algún daño. Como requisito del Programa, seré examinado por un doctor y su informe será incluido como parte de la solicitud. Entiendo que los informes siquiátricos y/o de salud mental serán analizados por un Consejero que orientará al Programa de alguna condición, si alguna.

FEMINAS SOLAMENTE: No estoy embarazada, y no tengo razón para creer que lo esté. Si antes de empezar el Programa encuentro que estoy embarazada o pienso estarlo, le notificaré inmediatamente al Reclutador de la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy.

Informaré al Consejero o al Cadre de la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy si durante el Programa, siento malestar físico o desórdenes mentales fuera de lo común.

Entiendo que soy responsable de cualquier daño a mi persona o daño a la propiedad causado por negligencia mía al Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy

CERTIFICO QUE VOLUNTARIAMENTE DECIDI PARTICIPAR EN LA PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY. QUE NINGUNA PERSONA O INSTITUCION ME HA OBLIGADO A PARTICIPAR EN EL PROGRAMA. PARA QUE MI PARTICIPACION EN EL PROGRAMA SEA CONSIDERADA, CERTIFICO ESTAR DISPUESTO(A) A ASUMIR LA RESPONSABILIDAD POR DAÑOS QUE SURJAN A LA PROPIEDAD DEL PROGRAMA DURANTE MI PARTICIPACION EN EL MISMO.

POR LA PRESENTE, RELEVO A LA PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY Y AL PERSONAL DEL MISMO, ASI COMO A LOS OFICIALES, AGENTES, EMPLEADOS Y SUCESORES DE CUALQUIER Y TODA RESPONSABILIDAD POR DAÑOS CAUSADOS A MI PERSONA DURANTE MI PARTICIPACION EN EL PROGRAMA.

Nombre del Participante	Firma del Participante	FECHA

PADRE O TUTOR LEGAL DEBE LEER ESTE DOCUMENTO Y FIRMARLO:

Como padre/tutor legal del (de/la) mencionado (a) joven, yo he leído este Consentimiento de Participación, y estoy de acuerdo que mi hijo(a) participe en la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy Es mi deseo que el/ella participe, libre de obligación. Por el presente relevo al Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy, los oficiales, agentes, empleados y sucesores de toda responsabilidad que pueda surgir durante la participación de mi hijo(a) en el Programa.

Nombre del padre, madre, tutor (a) legal	Firma del padre, madre, tutor (a) legal	FECHA

CERTIFICADO DE ENTENDIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, _____ mayor de edad, Soltero/a y/o Casado/a, propietario/a y _____**,** menor de edad, soltero/a estudiante y vecinos de _____, Puerto Rico; bajo juramento declaramos lo siguiente:

1. Que somos las personas de las circunstancias personales antes descritas.

2. Que soy padre/madre o tutor legal de _____.

3. Que _____ ha de ingresar como Candidato/Cadete de la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy*, el día _____ y finalizara con los actos de graduación el día _____.

4. Que entendemos que la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy* es un programa juvenil de la Guardia Nacional de Puerto Rico, regulado por disposiciones del Negociado de la Guardia Nacional, **que no es un programa de desvió y que el joven no debe tener alguna situación activa en algún tribunal en y afuera de Puerto Rico (probatoria o medida dispositiva) y/o ser testigo en un caso legal.**

5. Que entiendo que la misión de la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy* es proveer a los desertores escolares un ambiente de disciplina, motivación académica, autoestima, desarrollo de liderazgo y acondicionamiento físico para convertirlos en ciudadanos productivos de la sociedad.

6. Que mediante este Certificado de Entendimiento y Relevo de Responsabilidad, en adelante *Relevo,* consiento a que _____ participe como Candidato/Cadete de la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy* en todas las actividades , dentro y fuera, de las facilidades de la Guardia Nacional de Puerto Rico e incluyendo las Instituciones Correccionales de Puerto Rico como método de orientación.

7. Que mediante este *Relevo* consiento a que _____ sea trasladado a dichas actividades mediante transportación terrestre, mar y/o aérea, desde y hasta las facilidades de la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy.*

8. Que mediante este *Relevo* me comprometo a pagar en su totalidad cualquier daño ocasionado por _____ a las propiedades de la Puerto *Rico Youth Challe**NG**e Academy*, la Guardia Nacional de Puerto Rico, cualquier otra entidad pública o privada y/o personal natural.

9. Que mediante este *Relevo* consiento voluntariamente a la prestación de servicios de Orientación y Consejería por la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy*, sean éstos grupales o individuales, con y/o para _____. Entiendo que esta autorización caducará en seis (6) meses a partir de la fecha en que el joven comience en el Programa. Puede ser revocada en cualquier momento mediante solicitud por escrito. Certifico que soy legalmente competente y facultado para autorizar la divulgación de información sobre mi hijo/a.

10. Que mediante este *Relevo* consiento voluntariamente a que el proceso de Orientación y Consejería se lleve a cabo con el propósito de evaluación en las siguientes áreas: socioemocional, cognitivo-conductual, psicosocial, entre otros del Candidato / Cadete. En adición, de asistirle en áreas del desarrollo; esto sin importar el número de secciones en las cuales _____ participe.

11. Que mediante este *Relevo* consiento voluntariamente a que, de surgir por necesidad de condición física y/o mental la prestación de otros tipos de servicios especializados, la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy* pueda discutir la información médica necesaria, con carácter de confidencialidad, de _____ para que se brinde el tratamiento y/o referido adecuado.

12. Que mediante este *Relevo* consiento voluntariamente a que se le provea a _____ los servicios médicos necesarios en la eventualidad de emergencia médica, incluyendo pero no limitaciones a intervenciones quirúrgicas, de ser necesario.

13. Que mediante este *Relevo* certifico que de _____ no poseer cubierta médica o que la misma no cubra la totalidad de los de los servicios prestados en la institución médica, habré de pagar el balance adeudado por los servicios profesionales prestados.

14. Que mediante este *Relevo* certificamos que hemos sido orientados sobre la naturaleza de las comunicaciones privilegiadas y los límites de la confidencialidad. Dicha confidencialidad puede ser revocada en el caso en que se identifique algún riesgo a la

vida y/o seguridad del Candidato/a / Cadete, de terceros o a la propiedad, petición del tribunal y/o alguna violación de ley (abuso o maltrato de menores físico, emocional, sexual, negligencia, entre otros).

15. Que mediante este *Relevo* autorizamos al *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy* a divulgar a las agencias, profesionales de la conducta y/o organizaciones pertinentes, información para la coordinación de servicios establecidos en el Plan de Orientación y Consejeria de _____. Entiendo que esta información puede ser divulgada por terceros, y esto no está al alcance de la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy, ni del personal de Consejería. Si fuera este el caso exonero de esta responsabilidad al Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy y al personal de Consejería.

16. Que mediante este *Relevo* consentimos a que _____sea sometido a pruebas de detección de sustancias controladas durante la duración de la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy* y que de reflejar positivo en alguna de ellas, será removido del Programa.

17. La *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy* realizará con sus debidos procesos y a tenor con el Reglamento General de Estudiantes (1996) del Departamento de Educación el registro de estudiantes y sus pertenencias, esto para salvaguardar la seguridad del mismo y de los demás participantes.

18. Que autorizo a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy a utilizar el nombre, voz, comentarios, fotos, videos y/o cualquier promoción a través de las diversas actividades, medios masivos y redes sociales sin compensación alguna de mi hijo (a), _____, en la Academia durante las Fases de Aclimatación, Residencial y Post-Residencial.

19. Que mediante este *Relevo* y en consideración por la participación de _____ en la *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy* exoneramos y relevamos de responsabilidad, ahora y en perpetuidad al *Puerto Rico Youth Challe**NG**e Academy*, la Guardia Nacional de Puerto Rico, el Departamento de la Defensa de los Estados Unidos de América; así como sus respectivos empleados, oficiales, directores, agentes, sucesores, aseguradoras y/o cualquier persona natural o jurídica a estas asociadas, de cualquier y toda reclamación que pueda incoarse en su contra.

20. Que declaramos esta información de buena fe, y siendo la verdad más que la verdad y a todos los fines legales pertinentes.

Y PARA QUE ASI CONSTE, juramos y subscribimos la presente declaración jurada en la ciudad de _____, Puerto Rico, Rico, hoy _____ de _____ de _____.

_____
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR(A) LEGAL

_____
FIRMA DEL CANDIDATO / CADETE

Testimonio Núm.:_____

Jurado y suscrito ante mí, por _____ y _____, de las circunstancias personales antes descritas. DOY FE de haber identificado a _____ mediante _____, quien a su vez expresa conocer y da fe de la identidad de _____

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____

_____
ABOGADO-NOTARIO

CERTIFICADO DE ENTENDIMIENTO PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE 12 MESES
(Fase Post-Residencial)

Yo, _____, mayor de edad, en mi carácter de padre, madre, tutor(a) legal del joven _____entiendo que al participar en la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy me estoy comprometiendo con un programa de seguimiento de 12 meses durante la fase Post-Residencial. **Entiendo y me comprometo que durante la Fase Residencial debo realizar el proceso de admisión o pre- admisión a una universidad y/o curso en o antes de la graduación y cumplir con la meta de estudios y/o empleo de mi hijo(a) dando seguimiento durante la Fase Post Residencial.** La Fase Post-Residencial consiste en darle seguimiento al joven durante un (1) año luego de haberse graduado de la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy. El propósito de este proceso de seguimiento es poder ofrecer herramientas necesarias para lograr ayudar al joven continuar con el cumplimiento de sus metas y compromisos propuestas durante la Fase Residencial. Para cumplir con la fase Post-Residencial es necesario que haya un compromiso genuino por parte del mentor seleccionado, el joven, padre, madre y/o tutor legal. La fase Post-Residencial es lo que hace diferente a este programa ya que se logra medir el éxito del joven y del cual ustedes son la parte importante.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
Nombre padre, madre o tutor (a) legal	Firma padre, madre o tutor (a) legal	Fecha

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD-EXAMENES

Yo, _____, mayor de edad, (padre, madre o tutor(a) legal del (la) joven _____, Candidato(a) a la Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy a través de este documento, reconozco lo siguiente:

1. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy tienen Licencia A68-03 y acreditación para poder operar como Institución Educativa Privada en Puerto Rico otorgada por el Consejo de Educación de Puerto Rico.
2. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy cumplen y se rigen por los reglamentos y leyes existentes del Consejo de Educación en Puerto Rico.
3. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy no es una Escuela TRADICIONAL y su currículo académico está dirigido a estudiantes desertores escolares.
4. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy ofrecen la oportunidad de terminar los estudios a nivel superior en un programa de estudios ACELERADOS, el cual requiere trabajo independiente, adaptación y permanecer en el programa por 22 semanas.
5. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy no garantizan que el estudiante complete los requisitos para el diploma de escuela secundaria aun si el estudiante se encuentra completando los ocho (8) componentes de forma satisfactoria ya que el área académica es uno (1) de los ocho (8) componentes que tiene que completar y no se mide por la obtención del diploma de escuela superior
6. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy evalúan y ajustan según el Programa de estudios acelerados, los acomodos razonables según lo estipule el Plan Educativo Individualizado (PEI) a todos los estudiantes admitidos que presenten evidencias de estar registrados en el Programa de Educación Especial.
7. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy no cuentan con los servicios de un salón recurso y que las ayudas y guías que recibirán los estudiantes que son participantes del Programa de Educación Especial, serán ofrecidos dentro de un salón REGULAR de clases.
8. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy NO pueden ofrecer al estudiante registrado en el Programa de Educación Especial, los servicios relacionados como terapias sicológicas, habla, ocupacional y otras que se detallen en el PEI, por ser un programa de estudios acelerados el cual requiere de horas contacto y tiempo lectivo para que el estudiante alcance su meta en un periodo de 22 semanas.

Certifico que he leído, recibí orientación y he entendido todas las partes de este documento.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
Nombre padre, madre o tutor (a) legal	Firma padre, madre o tutor (a) legal	Fecha

HISTORIAL – PSICO-SOCIAL

Nombre del Joven: _____ Edad: _____ Fecha:_____

Género: F (___) M (___) **Estado Civil:** Soltero (___) Casado (___) **Hijos:** Sí (___) No (___) **Número:** _____

I. Historial de Salud Mental

Tratamiento con Psicólogo: Si(___) No-niega (___) ¿Quién y dónde? _____

Última visita: _____ Diagnóstico: _____

Tratamiento con Psiquiatra: Si(___) No-niega (___) ¿Quién y dónde? _____

Última visita: _____ Diagnóstico: _____

Medicamentos: Si(___) No-niega (___) ¿Cuál o cuáles? _____

Hospitalización por salud mental: Si (___) No-niega(___) ¿Cuántas? _____

¿Cuántas? _____ ¿Dónde? _____ ¿Por qué? _____

Ideas Suicidas: Si(___) No-niega(___) ¿Cuándo?_____ ¿Cuántas veces?_____

¿Por qué? _____

_____

Intentos Suicidas: Si(___) No-niega(___) ¿Cuándo?_____ ¿Cuántas veces?_____

¿Por qué? _____

_____

Ideas Suicidas al presente: Si (___) No-niega (____)_____

II. Uso de sustancias, alcohol y/o cigarrillos:

Sustancias controladas que usas o haz utilizado: _____

Ultimo uso: _____ Tratamiento por uso de sustancias: Si (___) No-niega (____)

III. Historial Legal:

Casos Legales anteriores: Si (___) No-niega (___) **Explica:** _____

_____

Casos Legales al presente: Si (___) No-niega (___) **Explica:** _____

_____

Observación y/o comentarios:

Plan de Acción (Si Aplica):

Nombre del padre, madre, tutor (a) legal	Firma del padre, madre, tutor (a) legal	FECHA

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Nombre Consejero (a)	**Firma Consejero (a)**
# de Licencia	**Hora y Fecha**

AUTORIZACIÓN PARA PASES

(Favor de escribir en letra de molde)

Yo, _____, _____, y/o encargado del Candidato (a) / Cadete _____, presentaré las personas autorizadas para la búsqueda de mi hijo (a) durante el proceso de los pases autorizados por la Academia.

Me comprometo a que dicha ausencia será debidamente justificada reconociendo que la responsabilidad principal es de mi persona. Además, notificaré con antelación la no presencia en el día correspondiente ofreciendo motivo de la ausencia. Certifico tener conocimiento de que la persona autorizada debe presentarse con identificación y que de no ser así el Cadete no le será entregado.

Favor de completar todos los espacios en blanco y proveer la información solicitada.

A continuación, se ofrecen las personas autorizadas para la búsqueda del Candidato(a) / Cadete:

Nombre	Parentesco	Números de Teléfonos
1.		
2.		
3.		

Números de Teléfonos Contactos de Padre, Madre y/o Encargado:

Madre: (___) _____-_____ Padre: (___) _____-_____ Otro: (___) _____-_____

Nombre del padre, madre, tutor (a) legal	Firma del padre, madre, tutor (a) legal	FECHA

FORMAS MÉDICAS

Información Importante del suscriptor del Plan Médico

Nombre del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____

_____

Dirección Residencial: _____

_____

Número de Teléfono: _____

Persona a notificar en caso de emergencia: _____

Nombre del Plan Médico: _____

Nombre del Joven: _____

Y que para que así conste, firmo el presente documento en _____Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 201____.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
Nombre padre, madre o tutor (a) legal	Firma padre, madre o tutor (a) legal	Fecha

A TODOS LOS PADRES:

Para participar de la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy es importante que los Jóvenes se encuentren en condiciones óptimas de salud. Por lo tanto, es necesario que los jóvenes sean evaluados por su médico de cabecera, un dentista y un oftalmólogo u optómetra antes de entrar al Programa. Esta evaluación se solicita con el propósito de que el joven no tenga que ausentarse del Programa para evaluaciones de rutina. El aprovechamiento académico no se afectará si el joven asiste diariamente a clases. Adicional, si el/la joven padece de alguna condición de salud que requiera un plan de nutrición, favor de traer el mismo por parte del nutricionista o médico especialista de la condición el día de ingreso del candidato.

Importante

Si su hijo(a) tiene "bracers" usted se encargará de realizar las gestiones pertinentes para que el (la) joven tenga su próxima cita para cuando culmine su participación en el Programa. De (la) joven tener una emergencia, el padre, madre o tutor(a) legal deberá realizar las gestiones pertinentes para buscar al (la) joven llevarlo y luego traerlo al Programa. (Se entiende por emergencia caerse un "braquet", desprendimiento de un cable etc.)

La Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy puede ser demandante y potencialmente peligroso físicamente. El curso incluye extremas actividades físicas como: (A) Correr una milla diaria; (B) Vigorosos ejercicios físicos diariamente; (C) Un curso de soga en el cual los participantes podrán (1) subir y bajar por una pendiente y/o pared (Rappeling), escalar una pared de 15 pies de altura mientras es asistido por otros participantes para pasar de un lado a otro de la pared y pasar unos obstáculos para medir la capacidad física del candidato.

INFORMACION DE EXAMINACIÓN MÉDICA

- Este examen es para determinar la capacidad física para participar en las extremas actividades mencionadas arriba.
- Complete la forma con exactitud. Cada pregunta debe ser completada. Conteste **N/A** si la pregunta no aplica.
- Cualquier pregunta referente a este examen o la capacidad de participación del candidato(a), debe ser referida al área médica del Programa.

Nombre del padre, madre, tutor (a) legal	Firma del padre, madre, tutor (a) legal	FECHA

INFORME MEDICO

Nombre: _____

Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad:_____
Mes / Día / Año

¿Estás tomando medicamentos recetados en estos momentos? Sí ___ No ___ Sí, favor de indicar lo siguiente:

MEDICINAS	**DOSIS Y HORARIO**
_____	_____
_____	_____

¿Eres alérgico a algún medicamento o comida? Sí ___ No ___ Sí, indica el medicamento o agente y reacción:

MEDICAMENTO	**COMIDA**	**REACCION**
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Has estado recluido en un hospital? Sí ____ No ____ Sí, indica fecha, hospital y razón:

DIA	**HOSPITAL**	**RAZON**
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Has sido tratado por problemas mentales? Sí _____ No _____

¿Has estado hospitalizado por un desorden mental o tratamiento siquiátrico? Sí _____No _____

¿CUAL? _____

¿Has pensado seriamente en cometer suicidio? Sí _____ No _____

¿Qué tratas o trataste de hacer? _____

¿Has abusado de alcohol o drogas? _____

¿Has estado hospitalizado para rehabilitación de drogas y alcohol? Sí _____ No _____

¿Con qué frecuencia consumes alcohol? _____

¿Has usado: Marihuana ___ Crack___ Cocaína ___ Heroína ___ Otros_____? Explica:
_____

	¿Padeces o has padecido de alguna de las siguientes condiciones?	SI	NO
1	Dolor de cabeza		
2	Severos golpes de cabeza		
3	Pérdida del sentido		
4	Mareos / Convulsiones		
5	Problemas de / en cuello		
6	Enfermedad del corazón		
7	Soplo del corazón		
8	Alta presión sanguínea		
9	Problemas de circulación		
10	Sangrado prolongado		
11	Anemia/ sangre enferma		
12	Frecuentes dolores		
13	Sudores en la noche		
14	Corto de respiración		
15	Asma / fatiga		
16	Tuberculosis		
17	Problemas con caderas/rodillas/tobillos/pies		
18	Impedimento en oído		
19	Frecuentes ulceras / dolor de estomago		
20	Problemas intestinales		
21	Vómitos de sangre		
22	Anorexia nerviosa		
23	Bulimia		

	¿Padeces o has padecido de alguna de las siguientes condiciones?	SI	NO
24	Hepatitis hígado		
25	Diabetes hipoglucemia		
26	Problemas de tiroides		
27	Intolerancia al frío / calor		
28	Problemas de endocrinas		
29	Problemas de riñones		
30	Dificultad / dolor al orinar		
31	Infecciones en la vejiga		
32	Problemas con brazos / hombros		
33	Impedimento en la visión		
34	Enfermedades transmisibles		
35	Dolor de pecho / presión		
36	Palpitación en la cabeza		
37	Sudor inexplicado		
38	Corto de respiración frecuentemente		
39	Desmayos frecuentes		
40	Acidez		
41	Calambre en los músculos		
Féminas solamente			
42	Periodos irregulares		
43	Flujo vaginal		
44	¿Estas embarazada?		
45	¿Crees que estás embarazada?		

¿Tienes alguna incapacidad física que te impida participar en las actividades físicas? SI __NO _____

SI, Explica: _____

_____

Como el doctor examinador, determino que: _____,

(Candidato) está físicamente capacitado para participar en actividades extenuantes.

_____ _____

Nombre del doctor (letra de molde) Número de Licencia

_____ _____

Firma Fecha

_____ _____

Dirección Teléfono

_____

Pueblo

CERTIFICADO MÉDICO DENTAL

Certifico que el (la) joven_____, de _____ años de edad fue evaluado (a) en mi consultorio.

_____ No presenta problemas dentales al momento de la evaluación.

_____ Presenta problemas dentales, los cuales son:

- _____
- _____
- _____
- _____

_____ _____
Nombre del médico (Letra de molde) Número de Licencia

_____ _____
Firma Fecha

_____ _____
Dirección del Consultorio Médico Número de Teléfono

_____
Pueblo Código Postal

CERTIFICADO MÉDICO
EXAMEN DE LA VISTA

Certifico que el (la) joven _____ de _____ años de edad ha sido evaluado (a) en mi consultorio.

____No necesita espejuelos. No presenta ninguna condición visual.

____Necesita espejuelos. Presenta la (s) siguiente (s) condición (es).

- _____
- _____
- _____

_____ _____
(Letra de Molde) Nombre del Medico Número de Licencia

_____ _____
Firma del Médico Fecha

_____ _____
Dirección del Consultorio Médico Teléfono

_____
Pueblo Código Postal

Estimado Candidato (a):

A continuación, le ofrecemos un listado de los artículos que debe llevar al comienzo del curso. Le aconsejamos que obtenga los mismos **una vez sea seleccionado (a) oficialmente** para participar en la Puerto Rico Youth Challe***NG***e Academy.

LISTA DE ARTICULOS PERSONALES QUE DEBEN TRAER AL PROGRAMA

UNIFORME PARA VARONES Y FEMINAS		
Pantalón Largos (Modelo - Regular Fit) uno o dos tamaños adicional al que utiliza el/la joven.		
	3	MAHON COLOR NEGRO ***Nota: No Skinny / No Dickies*
	2	LICRAS NEGRAS / SPANDEX
	2	PANTALON CORTO COLOR NEGRO PARA REALIZAR EJERCICIOS
	1	CORREA DE TELA COLOR NEGRO
	2 PARES	TENIS COLOR NEGRO PARA CORRER (**SIN DISEÑOS)**
ROPA INTERIOR PARA VARONES		
	12 PIEZAS	CALZONCILLOS EN TELA DE ALGODÓN (COLOR NEGRO Y/O GRIS) ***Nota: No "Boxer"*
	7 PARES	MEDIAS DE ALGODON DE COLOR NEGRO A MITAD DE LA PANTORRILLA SIN DISEÑOS
ROPA INTERIOR PARA FEMINAS		
	12 PIEZAS	PANTI REGULAR EN TELA DE ALGODÓN (COLORES CLAROS) ***Nota: No bikini* (**FEMINAS**)
	4 PIEZAS	SPORT BRA EN TELA DE ALGODON (COLOR NEGRO, GRIS O CREMA) (**FEMINAS**)
	4 PIEZAS	REGULAR BRA (COLOR NEGRO, GRIS O CREMA) (**FEMINAS**)
	7 PARES	MEDIAS DE ALGODON COLOR NEGRO A MITAD DE LA PANTORRILLA SIN DISEÑOS (**FEMINAS**)
ARTICULOS DE HIGIENE PERSONAL PARA VARONES Y FEMINAS		
	2	TOALLAS GRANDE (COLOR AZUL MARINO)
	1	TOALLA DE MANO (COLOR AZUL MARINO)
	1	CORTAUÑAS GRANDE (Sin la lima de metal)
	1 POTE	TALCO PARA PIES
ARTICULOS DE HIGIENE PERSONAL SOLO PARA FEMINAS		
	1	CEPILLO PARA EL PELO **(FEMINAS)**
		TOALLAS SANITARIAS (**FEMINAS**)
		PINZAS PARA SACAR CEJAS EN PUNTA CUADRADA (**FEMINAS**)
		SPLASH/PERFUME *****NO EN AEROSOL*** (**FEMINAS**)
ARTICULOS PERSONALES PARA VARONES Y FEMINAS		
	1	CANDADO CON 2 LLAVES PARA ARMARIOS (**MEDIANOS**)
	1	ALMOHADA (**BLANCA**)
	1 PAQUETE	SELLOS PARA QUE LOS JOVENES PUEDA ENVIAR CARTAS A SUS FAMILIARES
	1	ROSARIO COLOR BLANCO PLASTICO (**OPCIONAL**)
	1	HYGIENE BAG (*Bulto pequeño para guardar artículos de higiene personal*)
OTROS DOCUMENTOS		
	DOCUMENTO	CERTIFICADO DE SALUD
	DOCUMENTO	VACUNA INFLUENZA
	DOCUMENTO	**TODO CANDIDATO** YA SEA DE NUEVO INGRESO Y/O DE REINGRESO A LA PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY REQUIERE COMPLETAR (CERTIFICADO DE ENTENDIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD) CON UN ABOGADO NOTARIO USANDO LA FORMA ENTREGADA **(BUSCAR PAGINA # 8 Y 9)**
	DOCUMENTO	COMPLETAR CON MEDICO LA HOJA DE CERTIFICADO MEDICO MEDICO DE CABEZERA, DENTAL Y VISUALUSANDO LA FORMA ENTREGADA **(BUSCAR PAGINAS # 17 -20)**

RECORDATORIO A PADRES Y CANDIDATOS: FAVOR ASEGURARSE DE TENER TODOS LOS DOCUMENTOS ENTREGADOS COMPLETADOS EN TODAS SUS PARTES Y DEBIDAMENTE FIRMADOS INCLUYENDO LA FECHA.

Todo artículo será sujeto a aprobación de la Puerto Rico Youth Challe*NG*e Academy

- ☑ **NO DEBEN TRAER NINGUN ARTICULOS DE VALOR COMO: PRENDAS, CELULARES, CUCHILLAS, EQUIPOS ELECTRONICOS U OTROS.**
- ☑ **NO SE ACEPTARÁN MEDICAMENTOS QUE NO SEAN RECETADOS POR UN MEDICO Y DEBE ESTAR A NOMBRE DEL CANDIDATO/A).**
- ☑ **NO TRAER LENTES DE CONTACTOS.**
- ☑ **LOS JOVENES QUE UTILICEN ESPEJUELOS DEBEN SER NEGROS Y SIN DISEÑOS.**
- ☑ **TODOS los artículos TIENEN que llegar identificados con las Primeras 2 iniciales y los últimos (4) números del Seguro Social del Candidato. Puede añadir un sello o pedazo de "tape" con dicha información.**

Nota: Padres favor entregar al Candidato/a su Plan Médico y la tarjeta ATH para el día de inicio del Ciclo 18-02.