



CUMBRE DE SALUD MENTAL JUVENIL



Valencia College West (HSB building)- September 23, 2017

Por favor escriba en tinta azul o negro o escribe a máquina. Por favor provea toda la información requerida.

13 Razones de Porque NO!

Tema I	Acoso/ Acoso cibernético/Comportameinto de espectadores
Tema II	Grupo Wrap/Intervención
Tema III	Depresión y Suicidio
Tema IV	Manejo de enojo/Agresión
Tema V	Interacción con figuras de autoridad
Tema VI	Auto-Estima/Relaciones Saludables/Tráfico Humano
Cierre	Panel de discusión para padres: Reconociendo señales de enfermedad mental / Suicidio/Depresión/Cyberacoso/Acoso/Tráfico Humano/ Es un mundo diferente del que nosotros venimos/ Drogas callejeras (Abuso de sustancias controladas) * Padres están altamente alentados a asistir

INFORMACION DEL APLICANTE

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nac.	M	F
Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal		
Teléfono	Móvil	Correo electronico			
Mejor forma de contacto		Teléfono			
Escuela Superior a la que asiste		Año académico	GPA	Fecha de graduación	

PADRE O MADRE / INFORMACION DEL ENCARGADO Complete por un padre o encargado legal, los dos si esta disponible.

Nombre de Madre/Encargado Legal	¿Estarás asistiendo? ___ Si ___ No				
Dirección (si es diferente a la del aplicante)	Ciudad	Estado	Codigo postal		
Madre/Encargado legal Teléfono del trabajo	Teléfono Casa/Móvil		Correo electrónico		
Nombre del Padre / Encargado Legal	¿Estarás asistiendo? ___ Si ___ No				
Dirección (si es diferente a la del aplicante)	Ciudad	Estado	Codigo postal		
Teléfono del trabajo del Padre	Teléfono de la casa/móvil del padre		Correo electrónico		

CONTACTO DE EMERGENCIA

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Relación	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono Móvil	Correo Electrónico		

PERMISO PARA MEDIOS DE COMUNICACION

___ Por la presente, yo doy permiso para usar el nombre de mi hijo(a), _____, fotos y comentarios de materiales (televisión, video, y web en general, audio y media impresa) usado para promoción y documentación sana.

___ Yo no doy permiso.

NECESIDADES MEDICAS ESPECIALES

¿Hay alguna necesidad especial específica que debamos saber? Por favor escribalas abajo junto con cualquier otra información que sea beneficiosa de saber.

Alergias: _____

Necesidades especiales: _____

Médico de familia: _____ Número de contacto: _____

Hospital o Clínica de preferencia: _____ Lugar: _____

En caso de lesión, Yo relevo a Orlando Alumnae Chapter of Delta Sigma Sorority, Inc., and Youth Summit partners de toda reclamación. Yo doy permiso a la persona encargada de buscar ayuda médica si fuera necesario.

Firma de padre o encargado _____ Fecha _____ A

PERMISO DE PADRE O ENCARGADO

Esta sección debe ser completada por el padre o encargado, NO el estudiante.

Como Padre/Encargado del menor antes mencionado, doy permiso de participar en actividades de Orlando Alumnae Chapter of Delta Sigma Sorority, Inc. "Mental Health Youth Summit el sábado, septiembre 23, 2017 en Valencia College West. Yo relevo a todas las organizaciones asociadas y a sus representantes de cualquier responsabilidad en caso de algún accidente en-ruta, durante, o regresando de alguna actividad. Yo también los autorizo a obtener ayuda médica de emergencia que sea requerida durante la asistencia de mi hijo(a) en las actividades.

Firma de Padre/Encargado Legal

Fecha

Por favor complete y envíe por correo electrónico a healthandwellness@oacdst.org o por correo regular a OACDST PO Box 555238 Orlando, Florida 32855. Nos debe enviar este formulario como antes mencionado o con el joven para poder asitir. Registración disponible en el lugar.