



STATUS

Standing Tall Against Teens Using Substances

Inscripción en la Coalición Juvenil del Condado de Tehama

Nombre		Edad	Grado	Raza/Etnia	
Escuela					
Domicilio		Número de teléfono		¿Está bien enviar mensajes de texto?	
Correo electrónico		Nombre del los padres			
Redes sociales que utiliza		número de teléfono de los padres			
¿Por qué quieres unirse a STATUS?					
¿En qué proyectos le interesaría más participar?					
<input type="checkbox"/>	Limpieza de parques	<input type="checkbox"/>	Educar a los demás	<input type="checkbox"/>	Concienciación sobre el tabaco
<input type="checkbox"/>	Concienciación sobre el alcohol y otras drogas	<input type="checkbox"/>	Encuestas y sondeos	<input type="checkbox"/>	Campañas mediáticas
<input type="checkbox"/>	Crear cambios legislativos/políticos	<input type="checkbox"/>	Fotovoz/Proyectos de sensibilización	<input type="checkbox"/>	Otro (nota abajo)
¿En qué otros clubes o actividades escolares participas?					
<p>Al firmar a continuación, me inscribo como miembro de STATUS. Entiendo que recibiré formación, oportunidades para actividades, habilidades de liderazgo y servicio a la comunidad a través de mi participación. Además, entiendo que se espera una asistencia regular, y que la participación en las reuniones y eventos de STATUS resultará en ganar incentivos tales como tarjetas de regalo, actividades divertidas, y la participación en conferencias de liderazgo juvenil y eventos fuera del Condado de Tehama (como la Cumbre de Abogacía Juvenil y Youth Quest). Estoy de acuerdo con las Normas del Grupo (al dorso) y haré todo lo posible por cumplirlas.</p>					
Firma			Fecha		

Contacto:

Denise Sandez-Rivera

Correo electrónico: Denise.Sandez@tchsa.net

Oficina: (530) 527-6824 ext.3643

Célula de trabajo: (530) 781-6489

Síguenos @ Status_Tehama on Instagram!

STATUS Normas de grupo
Standing Tall Against Teens Using Substances

1. ¡Apóyense unos a otros!	1. Los miembros siempre harán todo lo posible por apoyarse unos a otros trabajando en equipo y manteniendo un ambiente familiar.
2. ¡Sin juzgar!	2. Esta es una zona libre de prejuicios. Los miembros permanecerán libres de prejuicios y respetarán las creencias de los demás, aunque no las entiendan o no estén de acuerdo con ellas.
3. Asistencia	3. Se espera que cada miembro haga todo lo posible por asistir a todas las reuniones y eventos de STATUS.
4. Respeto	4. Los miembros deben tratar siempre con respeto a sus compañeros, asesores y socios comunitarios.
5. ¡Guarda los teléfonos!	5. Durante todas las reuniones STATUS, los miembros guardarán sus teléfonos (a menos que se les indique lo contrario) y permanecerán atentos durante toda la reunión.
6. Positividad	6. Todas las reuniones, proyectos y eventos de STATUS seguirán siendo un ambiente positivo para todos los miembros y colaboradores.
7. ¡Trabaja duro, esfuérate!	7. Se espera que todos los miembros trabajen duro, se esfuercen al máximo y sigan implicados en la tarea.
8. Cumplimiento	8. Todos los miembros deberán asumir la responsabilidad de sus actos y cumplir los compromisos contraídos en las reuniones de STATUS.

RENUNCIA Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Descripción del proyecto/actividad: **TCHSA-División de Salud Pública
Programa de educación sobre el tabaco
Coalición Juvenil STATUS**

Fecha(s) de la actividad: Del 1 de julio de 2023 al 30 de junio de 2024

Localización de la actividad: Varios lugares en el condado de Tehama

En consideración de que se me permita participar de cualquier manera en las Actividades de Liderazgo de TCHSA-División de Salud Pública STATUS (Standing Tall Against Teens Using Substances) para el año escolar 2023-24, yo, por mí mismo, mis representantes personales, cesionarios, herederos y parientes más cercanos:

1. RECONOZCO, acepto y declaro que comprendo la naturaleza de ser pasajero de un vehículo en movimiento, entrar y salir de tiendas, caminar por estacionamientos y parques, y las actividades relacionadas ("Actividad" o "Actividades") y que estoy cualificado, me encuentro en buen estado de salud y en condiciones físicas adecuadas para participar en tal Actividad y acepto voluntariamente cumplir los términos y condiciones de participación establecidos y habituales. Asimismo, acepto y garantizo que si en algún momento considero que las condiciones no son seguras, interrumpiré inmediatamente mi participación en la Actividad. Si decido irme antes de tiempo y no completar la Actividad según lo previsto, asumo todos los riesgos inherentes a mi decisión de irme.

2. ENTIENDO PLENAMENTE que (a) ser pasajero de un vehículo en movimiento, entrar y salir de tiendas, caminar por estacionamientos y parques, y las actividades relacionadas son **UNA ACTIVIDAD INHERENTEMENTE PELIGROSA** e IMPLICAN RIESGOS Y PELIGROS DE DAÑOS A LOS BIENES PERSONALES Y LESIONES CORPORALES GRAVES, INCLUYENDO INCAPACIDAD PERMANENTE, PARÁLISIS Y MUERTE ("Riesgos"); (b) estos Riesgos y peligros pueden ser causados por mis propias acciones o inacciones, las acciones o inacciones de otros participantes en la Actividad, el estado de la propiedad en la que se desarrolla la Actividad, o LA NEGLIGENCIA PASIVA O ACTIVA DE LOS "EXONERADOS" MENCIONADOS A CONTINUACIÓN; (c) pueden existir OTROS RIESGOS Y PERJUICIOS SOCIALES Y ECONÓMICOS que desconozco o que no son fácilmente previsibles en este momento; y **ACEPTO Y ASUMO PLENAMENTE TODOS DICHS RIESGOS Y TODA RESPONSABILIDAD POR LAS PÉRDIDAS, COSTES Y DAÑOS** en que pueda incurrir como resultado de mi participación o la del menor en la Actividad. Esta exoneración incluye no sólo los riesgos inherentes a la Actividad, sino también cualquier otro riesgo derivado o relacionado con este evento como, sin limitación, los riesgos derivados de la adquisición, administración, compra y/o dispensación de medicamentos por parte de los "EXONERADOS" en beneficio del menor, negligencia o descuido por parte de las personas o entidades exoneradas, de equipos o bienes peligrosos o defectuosos de su propiedad, mantenidos o controlados por ellos, o por su posible responsabilidad sin culpa.

3. Los "**LIBERADOS**" nombrados a continuación tienen mi consentimiento (y el consentimiento de mis padres, si soy menor de edad) **para BUSCAR Y AUTORIZAR CUALQUIER ATENCIÓN MÉDICA O TRATAMIENTO NECESARIO EN CASO DE EMERGENCIA**. Si soy menor de edad, entiendo que se hará todo lo posible por ponerse en contacto con mis padres en caso de emergencia.

4. **POR LA PRESENTE LIBERA, EXONERA, MANTIENE INOCUO Y SE COMPROMETE A INDEMNIZAR Y A NO DEMANDAR** al Condado de Tehama, a sus funcionarios, agentes, empleados y voluntarios, (cada uno de ellos considerado uno de los "EXONERADOS" en el presente documento) **DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, DEMANDA, PÉRDIDA, LESIÓN, DAÑO A LA PROPIEDAD, PÉRDIDA ECONÓMICA, U OTROS DAÑOS** (incluidos los honorarios de abogados y las costas incurridas), que yo tenga ahora o pueda acumular en lo sucesivo, sufridos directa o indirectamente en relación con, o derivados de, mi participación en cualquier Actividad, **INCLUIDAS**

LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA NEGLIGENCIA PASIVA O ACTIVA PROPIA DE LOS EXONERADOS (incluidas las operaciones de rescate negligentes), y acepto además que si, a pesar de este acuerdo de Renuncia y Exoneración de Responsabilidad, asunción de riesgos e indemnización, yo, o cualquier persona en mi nombre, realizara una reclamación contra cualquiera de los Exonerados, INDEMNIZARÉ, SALVARÉ Y EXIMIRÉ DE RESPONSABILIDAD A CADA UNO DE LOS EXONERADOS de cualquier gasto de litigio, honorarios de abogados, pérdida, responsabilidad, daño o coste en que cualquiera pudiera incurrir como resultado de dicha reclamación. **ES MI INTENCIÓN, MEDIANTE EL PRESENTE INSTRUMENTO, HABER ACEPTADO LA ASUNCIÓN DEL RIESGO Y EXIMIR Y EXIMIR A LOS EXONERANTES DE RESPONSABILIDAD POR LESIONES PERSONALES, LESIONES EMOCIONALES, DAÑOS A LA PROPIEDAD, PÉRDIDAS ECONÓMICAS O MUERTE POR NEGLIGENCIA CAUSADAS POR LA NEGLIGENCIA PASIVA O ACTIVA DE LOS EXONERANTES.**

PARTICIPANTE MENOR DE EDAD: YO, EL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD, HE LEÍDO ESTE ACUERDO, COMPRENDO PLENAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO Y LO HE FIRMADO LIBREMENTE Y SIN NINGÚN INCENTIVO O GARANTÍA DE NINGUNA NATURALEZA Y TENGO LA INTENCIÓN DE QUE SEA UNA LIBERACIÓN COMPLETA E INCONDICIONAL DE TODA RESPONSABILIDAD EN LA MAYOR MEDIDA PERMITIDA POR LA LEY Y ACEPTO QUE SI ALGUNA PARTE DE ESTE ACUERDO SE CONSIDERA INVÁLIDA, EL RESTO, A PESAR DE ELLO, CONTINUARÁ EN PLENO VIGOR Y EFECTO.

Fecha este _____ día de _____, 20_____.

Nombre: _____

Firma _____

Domicilio _____

Teléfono: _____

PADRE O TUTOR: YO, EL PADRE Y/O TUTOR LEGAL DEL MENOR, COMPRENDO LA NATURALEZA DE SER PASAJERO EN UN VEHÍCULO EN MOVIMIENTO, ENTRAR Y SALIR DE TIENDAS, CAMINAR POR ESTACIONAMIENTOS Y PARQUES, Y LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS Y LA EXPERIENCIA Y CAPACIDADES DEL MENOR, Y CONSIDERO QUE EL MENOR ESTÁ CALIFICADO, EN BUEN ESTADO DE SALUD Y EN CONDICIONES FÍSICAS ADECUADAS PARA PARTICIPAR EN DICHA ACTIVIDAD. POR LA PRESENTE ACEPTO TODAS Y CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES DE ESTA RENUNCIA Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, EN MI NOMBRE Y EN EL DEL MENOR, Y ADEMÁS EXIMO, DESCARGO, ME COMPROMETO A NO DEMANDAR Y ACEPTO INDEMNIZAR Y SALVAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD A CADA UNO DE LOS EXONERADOS DE TODA RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, DEMANDA, PÉRDIDA O DAÑO POR CUENTA DEL MENOR CAUSADOS O SUPUESTAMENTE CAUSADOS EN SU TOTALIDAD O EN PARTE POR LA NEGLIGENCIA PASIVA O ACTIVA DE LOS "EXONERADOS" O DE OTRO MODO (INCLUIDAS LAS OPERACIONES DE RESCATE NEGLIGENTES) Y ADEMÁS ACEPTO QUE SI, A PESAR DE ESTA EXONERACIÓN, YO, EL MENOR O CUALQUIER PERSONA EN NOMBRE DEL MENOR PRESENTA UNA RECLAMACIÓN CONTRA CUALQUIERA DE LOS EXONERADOS NOMBRADOS ANTERIORMENTE, INDEMNIZARÉ, SALVARÉ Y EXIMIRÉ DE RESPONSABILIDAD A CADA UNO DE LOS EXONERADOS DE CUALQUIER GASTO DE LITIGIO, HONORARIOS DE ABOGADOS, RESPONSABILIDAD POR PÉRDIDAS, DAÑOS O COSTES EN LOS QUE CUALQUIERA PUEDA INCURRIR COMO RESULTADO DE DICHA RECLAMACIÓN.

Nombre del padre o guardián

Firma del padre o guardián

TEHAMA COUNTY HEALTH SERVICES AGENCY

JAYME BOTTKÉ
EXECUTIVE DIRECTOR

DEANNA GEE
ASSISTANT EXECUTIVE
DIRECTOR, ADMINISTRATION

ALEXIS ROSS, MPH, MSDA
ASSISTANT EXECUTIVE
DIRECTOR, PROGRAM

JENNIFER BROWN, MD
PUBLIC HEALTH OFFICER



P.O. BOX 400, RED BLUFF, CALIFORNIA 96080; 530-527-8491

Consentimiento para Fotografías, Video Casetero, o Grabación

Mi firma abajo indica que yo autorizo a la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama (TCHSA) poder grabar (por favor imprima el nombre del individual): _____
Yo entiendo que la grabación solamente será utilizada para propósitos de negocios apropiados, como indicado abajo.

División de TCHSA: (*Escriba sus iniciales en todos los que aplican*)

___ Clínica ___ Salud Mental ___ Datos Fiscales/Administración
___ Alcohol/Drogas Salud Pública

Tipo de Grabación: (*Escriba sus iniciales en todos los que aplican*)

Fotografía Video (Digital o video casetero)
___ Grabación de Audio ___ Otro: _____

Propósito de Grabación: (*Escriba sus iniciales en todos los que aplican*)

Promoción de Servicio Educación Comunitaria Entrenamiento
 Otro: _____ ___ Otro: _____

La grabación será utilizada por o será exhibida a: (*Escriba sus iniciales en todos los que aplican*)

Empleados de TCHSA, internos, y voluntarios Grupos civiles comunitarios
 Medios de Comunicación (ej. televisión, prensa, radio) Otro: _____
 Sitio de Internet de TCHSA/Medios de comunicación social ___ Otro: _____

Yo autorizo el nombre de la persona nombrada anteriormente se dé a conocer en relación con esta grabación. (incluyendo medios de comunicación) de la siguiente manera.

Marque sus iniciales en SOLAMENTE UNO:

___ Si; Primer Nombre y Apellido Si; Primer nombre solamente ___ No Nombre

Yo estoy de acuerdo y acepto que la grabación no es parte de ningún expediente médico. Yo estoy de acuerdo en mantener indemne al Condado de Tehama de las reclamaciones por daños presentados por o en nombre del firmante o de la persona nombrada anteriormente quien es parte de este acuerdo.

Nombre (Por favor escriba en letra de molde): _____ Fecha: _____

Relación a individual nombrado anteriormente (si no es la persona nombrada arriba): _____

Domicilio: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Firma: _____