



PROGRAMA DE FUEGO F.R.I.E.N.D.S.



AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA, USO Y

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y/O REGISTROS

Cada participante en el Programa de Fuego F.R.I.E.N.D.S. (el "Programa") deberá firmar autorización por escrito para la recolección, divulgación e intercambio mutuo de información y/o registros de la Agencia de Recomendación, el Coordinador del Programa, los profesionales de salud mental y otras personas y organizaciones que administran los aspectos del Programa (colectivamente, el "Equipo de Atención Multidisciplinar") a los efectos de desarrollar un plan de atención integral y hacer las recomendaciones apropiadas para el participante y su familia en el programa.

Yo, _____ (el "Representante"), como el padre, tutor o representante legalmente autorizado de _____ (el "Cliente"), por medio de la presente autorizo la divulgación y el intercambio de información confidencial y/o de registros a y entre los miembros del Equipo

Multidisciplinario de Servicios, incluyendo, pero no limitado a, _____ (la "Agencia de Recomendación"), Orange County Fire Authority (el "Administrador del Programa"), y los profesionales de salud mental y otras personas y organizaciones contratados por el Administrador del Programa para administrar los aspectos del Programa, con el propósito específico de formular, proporcionar, verificar y coordinar los planes de servicio para el cliente, los miembros menores de edad de la familia del Cliente enumerados a continuación, y yo mismo. La información confidencial a ser revelada puede incluir el(los) nombre(s), fecha(s) de nacimiento(s), lugar(es) de nacimiento, número(s) de seguro social, información sobre la salud física y comportamiento, información sobre el servicio de cuidado de niños, información sobre la escuela, información financiera, información sobre los servicios sociales, e información sobre la participación en el programa.

NOMBRE

PARENTESCO CON EL CLIENTE (MENOR DE EDAD)

- _____ Padre/Madre Abuelo/a Tío/Tía Primo/a Hermano/a Otro: _____
- _____ Padre/Madre Abuelo/a Tío/Tía Primo/a Hermano/a Otro: _____
- _____ Padre/Madre Abuelo/a Tío/Tía Primo/a Hermano/a Otro: _____
- _____ Padre/Madre Abuelo/a Tío/Tía Primo/a Hermano/a Otro: _____
- _____ Padre/Madre Abuelo/a Tío/Tía Primo/a Hermano/a Otro: _____
- _____ Padre/Madre Abuelo/a Tío/Tía Primo/a Hermano/a Otro: _____

Por medio de la presente, autorizo a la Agencia de Recomendación y al Administrador del Programa y a sus respectivos empleados, contratistas, agentes y voluntarios, para ver, copiar, divulgar, e intercambiar la siguiente información y/o registros por medio de conversaciones, informes por escrito y/o transmisiones electrónicas:

- Resumen de antecedentes médicos, psiquiátricos, psico-sociales, de desarrollo, educativos y de uso de drogas y alcohol
- Diagnósticos médicos, análisis y evaluación
- Diagnósticos psiquiátricos, análisis y evaluación
- Riesgo de incendiarismo, análisis y evaluación
- Abuso de drogas y/o alcohol
- Planes de tratamiento
- Otro(s): _____

Comprendo que estos registros son protegidos por las leyes y reglamentos de confidencialidad estatales y federales, y no podrán divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en los estatutos o reglamentos. También entiendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento, excepto concerniente a lo que ya se haya divulgado contando con la misma. Para revocar esta autorización, entiendo que tendré que solicitarlo por escrito y declarar claramente que estoy revocando esta autorización específica. Además, deberé firmar dicha solicitud y entregarla al Administrador del Programa.

Los menores de 12 años de edad y mayores deben dar su consentimiento informado para liberar los registros de drogas / alcohol. Doy mi consentimiento a la liberación de mis registros de drogas / alcohol (en su caso)

Firma del Cliente: : _____

También entiendo que:

1. Si el custodio de cuidado de niños del Cliente tiene sospecha razonable de que el cliente ha sido objeto de abuso, el custodio tiene la obligación de reportarlo conforme a lo dispuesto en el Artículo 11166 del Código Penal y deberá notificar a la agencia de servicios de protección de menores y/o a las autoridades que apliquen, según proceda.

2. Si el psicoterapeuta del Cliente opina que éste último presenta un grave peligro de violencia a alguna razonablemente previsible víctima o víctimas, conforme a lo dispuesto en el inciso (r) de la Sección 5328 de Código de Bienestar e Instituciones, la información o registros del cliente podrán entregarse a dicha(s) persona o personas, así como a los organismos del orden público, con tal de que el psicoterapeuta determine que es necesario para la protección de la(s) misma(s) persona o personas.

3. Cada miembro del Equipo Multidisciplinario de Servicios que reciba la información o registros del cliente se encuentra bajo la misma obligación de mantener la privacidad y confidencialidad como la persona que divulga la información o registros. La información o los registros obtenidos en virtud de esta autorización se mantendrán de manera a garantizar la protección de los derechos de privacidad y confidencialidad.

4. Libero a la Agencia de Recomendación y al Administrador del Programa, y a sus respectivos empleados, contratistas, agentes y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad que surja de esta divulgación de los registros y/o información.

5. Esta autorización es válida por dos años a partir de la fecha de la firma, o si es posterior, de la fecha en que el Cliente finalice el programa.

Por medio de la presente acuso recibo de una copia de esta autorización.

Firmado el _____, _____, en _____
Fecha y mes Año Ciudad, Condado, Estado

Firma del Cliente: _____
Juvenil (menor de edad)

Firma del Representante: _____
Nombre del padre/guardián

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma de la Agencia de Recomendación: _____
Bombero, investigador u otro representante

Nombre en letra de molde: _____

Agencia de Recomendación: _____

El cliente tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización (Código Civil 56.10) y la fotocopia de este documento es igual de válida como el original.

This page is intentionally blank



FIRE F.R.I.E.N.D.S.
FORMA DE INSCRIPCIÓN (CONFIDENCIAL)



Nota: Los campos marcados con un asterisco, son necesarios para la inscripción.

Referencia del programa (Persona/agencia refiriendo al niño/a al programa)		
* Agencia		* Fecha de hoy
Nombre y apellido	División / Estación	* Numero de teléfono
* Descripción de la persona / agencia <input type="checkbox"/> Padre/cuidador/miembro de la familia <input type="checkbox"/> Servicio de Bomberos <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia Juvenil <input type="checkbox"/> Departamento de Policía <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Bienestar infantil/servicios para niños y familias <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Médico/Profesional de Quemaduras <input type="checkbox"/> Organización sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Información del niño/a			
* Nombre y apellido		* Fecha de Nacimiento	
*Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	*Raza <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro: _____
*Edad cuando ocurrió el incidente: _____			

Información de la Familia		
* Padre de custodia/Guardián (Nombre y apellido)		
*Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro Pariente Biológico <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Guarda de la corte <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos <input type="checkbox"/> Otro		
Los Padres/Adoptivos/Custodia ¿Hablan Ingles? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algo	Si no hablan ingles, que lenguaje hablan? <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Otro: _____	
* Dirección Actual (Numero y nombre de calle)		
* Ciudad	* Estado	* Código Postal
* Teléfono de Casa	* Teléfono de trabajo	Teléfono celular/móvil
Correo Electrónico		
*Arreglo de vivienda en familia de el niño/a <input type="checkbox"/> 2-padres biológicos <input type="checkbox"/> Padre/Madre Soltero/a <input type="checkbox"/> Familia de Paso <input type="checkbox"/> Familia Adoptiva <input type="checkbox"/> Hogar de Grupo <input type="checkbox"/> Otro/Pariente biológico <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Amigo/No hay relación <input type="checkbox"/> Custodia del estado o agencia <input type="checkbox"/> Otro		
*Nivel más alto de educación (cuidador) <input type="checkbox"/> Grado 0-12 (no diploma) <input type="checkbox"/> Diploma/GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Grado Asociado/ colegio <input type="checkbox"/> Grado universitario más allá del grado de asociado <input type="checkbox"/> Postgrado o más que la universidad <input type="checkbox"/> Desconocido		

Información Adicional Familiar

Otro Padre /Guardián (Nombre y apellido)

Relación

 Madre Padre Otro Pariente Biológico Orfanato Guarda de la corte Padres Adoptivos Otro

Dirección Actual (Numero y nombre de calle)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de Casa

Teléfono de trabajo

Teléfono celular/móvil

Correo Electrónico

Información Adicional Personal

Estatura Aproximada

Peso Aproximado

Fumador: SI _____ NO _____

*Incidentes anteriores de incendios SI _____ NO _____

Información de la Ofensa/Fuego

OCFA # de Incidente

* Fecha del Incidente

*Dia de la Semana

* Hora del Incidente

Describa la Ofensa

*Fuente de ignición Vela Cigarrillo, cigarro, material para fumar Aparato de cocina Fuegos artificiales Aparato de calefacción
 Encendedor Encendedor multiuso/Parilla Encendedor-novedad Fósforos Llamarada de carretera Desconocido Otro*Animal/persona/yo mismo Ropa de cama Ropa Fuegos artificiales Fuegos artificiales Dispositivos explosivos Líquido inflamable
 Hierba/hojas (materiales orgánicos) Mueble Uso del encendedor solamente Uso de fósforos Papel Juguete Basura
 Desconocido Otro: _____

Lugar del delito (dirección/ciudad)

*Tipo de Lugar Edificio comercial/Tienda (interior) Contenedor de basura/basura (fuera) Casa (multi-unidad) Casa (móvil)
 Otra Estructura Casa (unifamiliar) Casa (yarda/patio) Parque/terreno abierto Lugar de adoración Escuela (dentro) Escuela (afuera)
 Calle/callejón/acera Vehículo (no en la propiedad del hogar) Desconocido Otro: _____

¿Fue El Menor Arrestado?

 Si No

*¿Había asociados involucrados en el incidente?

¿Hay un acuerdo de sanción mandando que el menor complete este programa?

 Si No

Persona a contratar para el mandato

Fecha de Finalizar el Mandato

Información Escolar

* Grado en el momento del delito

Nombre de la Escuela

Situación Actual

 Escrito Suspendido Expulsado



FIRE F.R.I.E.N.D.S.
ENCUESTA PARA LA EVALUACIÓN INICIAL DEL INCENDIO



Basado en la mejor información obtenida:

Detalles del Incidente

Acelerante(s) utilizado(s) en el incidente

- | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Aerosol | <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Butano |
| <input type="checkbox"/> Diésel | <input type="checkbox"/> Fuegos artificiales/flash en polvo | <input type="checkbox"/> Gasolina | <input type="checkbox"/> Pólvora |
| <input type="checkbox"/> Desinfectante de manos | <input type="checkbox"/> Spray desodorante | <input type="checkbox"/> Gas natural | <input type="checkbox"/> Propano |
| <input type="checkbox"/> Líquido de encendedor | <input type="checkbox"/> Otro gas presurizado | <input type="checkbox"/> Líquido de encendedor | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Incluye) | | | |

Descripción del incendio (Que paso?): _____

Fuente de ignición obtenida de: _____

Fue arrestado el joven? Si No Si fue arrestado, ¿cuál fue el cargo? _____

Acciones disciplinarias resultantes del incidente: _____

Se produjeron daños como resultado del incidente? Si No Muerte resultando del incidente? Si No

Hubo daños materiales como resultado del incidente? Si No Respondieron los bomberos? Si No

Número de personas desplazadas por el incidente _____

Frecuencia

¿Con cuántos incidentes relacionados con incendio ha estado involucrado este joven (a)? (incluyendo el más reciente episodio) Incluyendo incidentes reportados por el (la) joven, sus padres u otros informantes. Esto incluye todos los incendios experimentales con amigos(as), solo(a). También incluye todo aquel comportamiento pirotécnico.

- 1 2 3 4 Mas de 4 veces

Influencias/supervisión

¿Estaba el joven bajo la influencia de sustancias en el momento del incidente? Si No

¿Fueron los medios de comunicación sociales una influencia en el momento del incidente? Si No

¿Quién era el cuidador/guardián en el momento del incidente? _____

Determinación de la Entrevista

El programa Fire FRIENDS va a determinar el grado de intervención necesario (Ila sea: 1 hora o 6 horas para un curso de education sobre incendios). A veces los investigadores tienen un presentimiento de algún otro incendio que no se refleja en este reporte. Marca una o las dos opciones si quieres solicitar a una o las dos intervenciones.

- Clase de 6 hrs. De educación de incendios

Brevemente comente sus preocupaciones: _____

- Una evaluación de comportamiento y salud a cerca de incendios.