



# GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO



# PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



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 Challenge 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 Acosta**

Directora

Puerto Rico Youth Challenge Academy



## DOCUMENTOS PARA PADRES

1) DATOS SOCIO- DEMOGRÁFICOS	P. 4 - 5
2) INFORMACIÓN DEL JOVEN Y PADRES REFERENTE AL PARTICIPANTE <small>Complete cada sección correctamente, aunque haya colocado en otros documentos la información.</small>	P. 6 - 7
3) CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN <small>Debe ser leído, discutido y firmado por el encargado y el participante.</small>	P. 8 - 9
4) CERTIFICADO DE ENTENDIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD <small>Este documento debe ser notariado por un abogado y es requisito para el día de ingreso</small>	P. 10 - 11
5) PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE 12 MESES <small>Debe ser leído, discutido y firmado por el encargado y el participante.</small>	P. 12
6) CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD DE EXAMENES <small>Debe ser leído, discutido y firmado por el encargado y el participante.</small>	P. 13
7) HISTORIAL PSICOSOCIAL	P. 14 - 15
8) AUTORIZACIÓN DE PASES	P. 16
9) FORMAS MÉDICAS	P. 17 – 18
10) AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN	P. 19 P. 20
11) PROCESOS DE REGISTRO FÍSICO	

<b>DOCUMENTOS Y OTROS DETALLES ADICIONALES QUE DEBERÁ INCLUIR Y TRAER EL DÍA DE INICIO</b>
✓ <b>Medicamentos recetados – Deberán incluir copia de receta</b>
✓ <b>Certificado Negativo de Antecedentes Penales de los Mentores (<u>con fecha de emisión NO mayor de treinta días antes de comenzar la Academia</u>).</b> <i>Nota: Si el documento se obtiene en línea por medio de la página (pr.gov) deberá traer validación del mismo.</i>
✓ <b>Ley 300 – para Mentores</b>
✓ <b>Tarjeta ATH – deberá tener una cuenta de depósito en el banco de su preferencia. En la misma depositará el mínimo de hasta \$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.</b>
✓ <b>**NO SE ACEPTARÁ EL RECOGER DINERO EN EFECTIVO PARA NINGUN JOVEN POR PARTE DEL PERSONAL DE LA ACADEMIA. **</b>
✓ <b>Dinero en efectivo - Podrá dejarle un máximo de \$20 en efectivo, recomendable que sea en cambio.</b>

**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.**



## Datos Socio-Demográficos

Nombre del Participante (Ambos Apellidos e inicial completa):

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal del joven? \_\_\_\_\_

¿Posee evidencia de la misma? \_\_\_\_\_

Plan Médico que posee el Participante: \_\_\_\_\_ Privado \_\_\_\_\_ Reforma \_\_\_\_\_ Aseguradora: \_\_\_\_\_

### Datos Sociodemográficos

Teléfono Residencial Encargado: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Encargado: \_\_\_\_\_

*(este será el correo oficial donde estaremos enviando toda comunicación de la Academia)*

Dirección Residencial:

\_\_\_\_\_

Dirección Postal:

\_\_\_\_\_

### II. Composición Familiar

Nombre	Relación con Menor	Edad	Empleado	Desempleado	Pensionado	Otro



### III. Vivienda y comunidad

Marque con un (X) la alternativa que mejor le describa.

Zona		Lugar		Unidad		Tenencia
<input type="checkbox"/>	Urbana	<input type="checkbox"/>	Residencial	<input type="checkbox"/>	Apartamento	Propia
<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>	Urbanización	<input type="checkbox"/>	Casa Individual	Alquilada
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Condominio	<input type="checkbox"/>		Familiar/Amigo
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Barriada/Sector	<input type="checkbox"/>		Sección 8

### IV. Ingresos y Recursos

Marque con un (X) los beneficios que recibe.

Ingreso Mensual Aproximado:			
Beneficio	Si	No	Cantidad
PAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TANF / ADSEF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión Retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión Veterano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión ASUME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión PROSPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingreso por Trabajo y/o Negocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### V. Información Adicional

Marque con un (X)

Familiar	Salud Mental	Uso de Sustancias	Uso de Alcohol	Confinado	Ex- Confinado
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tíos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué es lo más que le preocupa sobre el joven en este momento? \_\_\_\_\_

El Candidato es padre o madre biológico.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

\_\_\_\_\_  
 Nombre Padre/Encargado

\_\_\_\_\_  
 Firma Padre/Encargado

\_\_\_\_\_  
 Fecha



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
 PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**INFORMACIÓN DE LOS PADRES REFERENTE AL SOLICITANTE**

Apellidos Participante: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Madre/Tutor(a) Legal: \_\_\_\_\_

Relación con el Participante: \_\_\_\_\_

**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 Documento de Tribunal). (si aplica)**

**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 TUTOR LEGAL**

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
 Calle/Número/Vivienda Pública/ Urbanización

\_\_\_\_\_ Pueblo Código Postal

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
 PO Box/Buzón

\_\_\_\_\_ Pueblo Código Postal

Teléfonos: ( ) - / ( ) - / ( ) -

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
 PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



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 provisto 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 solicitud de ingreso**).

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

¿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



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN**

La Puerto Rico Youth Challenge Academy de la Guardia Nacional de Puerto Rico puede ser altamente demandante emocionalmente. Algunos participantes pueden encontrar el programa física, mental y emocionalmente agotador. Esto puede incluir experiencias que puedan causar algunas alteraciones emocionales durante o después del Programa.

Durante el curso, todas las actividades son programadas y se componen de muchas horas. Se servirán tres comidas balanceadas y dos meriendas diariamente. Las horas de descanso (noche) pueden ser menos horas de las que el participante esté acostumbrado. Se garantizan ocho (8) horas de descanso ante un itinerario complejo de diversas actividades. Entre las actividades de alta demanda física están:

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

- |  |   |
|--|---|
| a. Liderazgo                                   | g. Primeros Auxilios                    |
| b. Acondicionamiento Físico                    | h. Reglas de Cortesía                   |
| c. Higiene y aseo personal                     | i. Trabajo en equipo                    |
| d. Manual del Cadete                           | j. Mantenimiento de las áreas           |
| e. Dieta y Nutrición                           | k. Rangos, conceptos y lenguaje militar |
| f. Uso y abuso<br>de sustancias<br>controladas | l. Currículo Académico                  |

**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 Challenge 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 Challenge 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 hospitalizado por tratamiento siquiátrica o desorden mental, o que esa hospitalización haya sido recomendada por un siquiatra y la condición sigue inestable según recomendaciones del profesional de salud mental.
3. Está considerando buscar ayuda siquiátrica o médica para algún problema emocional y / o mental.



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**DECLARACIÓN**

He leído y entendido lo escrito en la página anterior titulada **Consentimiento de Participación**. Estoy de acuerdo y me responsabilizo de mi estado físico y emocional.

Yo certifico que no estoy entrando a la Puerto Rico Youth Challenge 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.

**FÉMINAS 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 a la oficina de Admisiones de la Puerto Rico Youth Challenge Academy.

Informaré al Consejero o Cadre de la Puerto Rico Youth Challenge 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 a la Puerto Rico Youth Challenge Academy

Certifico que voluntariamente decidí participar en la Puerto Rico Youth Challenge Academy. Que ninguna persona o Institución me ha obligado a participar en el Programa. Para que mi participación en el Programa sea considerada, certifico estar dispuesto (a) a asumir la responsabilidad por daños que surjan a la propiedad del Programa durante mi participación en el mismo.

Por la presente relevo a la Puerto Rico Youth Challenge Academy y al personal contratista de la Academia, así como a los oficiales, agentes, empleados y sucesores de cualquier y toda responsabilidad por daños causados a mi persona durante mi participación 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 Challenge Academy Es mi deseo que el/ella participe, libre de obligación. Por el presente relevo a la Puerto Rico Youth Challenge 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)	Firma del padre, madre, tutor (a) legal	Fecha



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**\*\*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 Challenge Academy*, el día \_\_\_\_\_ y finalizara con los actos de graduación el día \_\_\_\_\_.
4. Que entendemos que la *Puerto Rico Youth Challenge Academy* es un programa juvenil de alternativa educativa de la Guardia Nacional de Puerto Rico, regulado por disposiciones del Negociado de la Guardia Nacional, que no es un programa de desvío y que el joven no debe tener alguna situación activa en algún tribunal en y afuera de Puerto Rico (medida dispositiva) y/o ser testigo en un caso legal.
5. Que entiendo que la misión de la *Puerto Rico Youth Challenge Academy* es proveer a los jóvenes en riesgo un ambiente de disciplina, estructura, 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 Challenge Academy* en todas las actividades, dentro y fuera, de las facilidades de la Guardia Nacional de Puerto Rico, incluyendo facilidades de Instituciones Educativas Post Secundarias para orientaciones y talleres y 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 Challenge Academy*.
8. Que mediante este *Relevo* consiento a que participe en actividades como lanzarse por áreas de Rappelling y participar de vuelos de Orientación en helicópteros de la Guardia Nacional de Puerto Rico.
9. Que mediante este *Relevo* me comprometo a pagar en su totalidad cualquier daño ocasionado por \_\_\_\_\_ a las propiedades de la *Puerto Rico Youth Challenge Academy*, la Guardia Nacional de Puerto Rico, cualquier otra entidad pública o privada y/o personal natural.
10. Que mediante este *Relevo* consiento voluntariamente a la prestación de servicios de Orientación y Consejería por la *Puerto Rico Youth Challenge 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.
11. 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.
12. 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 Challenge Academy* pueda discutir la información médica necesaria, con carácter de confidencialidad, de \_\_\_\_\_ para que se brinde el tratamiento y/o referido adecuado.
13. 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.
14. Que mediante este *Relevo* certifico que de \_\_\_\_\_ no poseer cubierta médica o que la misma no cubra



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



la totalidad de los servicios prestados en la institución médica, habré de pagar el balance adeudado por los servicios profesionales prestados.

15. 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).
16. Que mediante este *Relevo* autorizamos a la *Puerto Rico Youth Challenge 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 Consejería de \_\_\_\_\_. Entiendo que esta información puede ser divulgada por terceros, y esto no está al alcance de la *Puerto Rico Youth Challenge Academy*, ni del personal de Consejería. Si fuera este el caso exoneramos de esta responsabilidad a la *Puerto Rico Youth Challenge Academy* y al personal de Consejería.
17. Que mediante este *Relevo* consentimos a que \_\_\_\_\_ sea sometido a pruebas de detección de sustancias controladas durante la duración de la *Puerto Rico Youth Challenge Academy* y que, de reflejar positivo en alguna de ellas, será removido del Programa.
18. La *Puerto Rico Youth Challenge Academy* realizará con sus debidos procesos el registro de estudiantes y sus pertenencias, esto para salvaguardar la seguridad del mismo y de los demás participantes.
19. 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.
20. Que mediante este *Relevo* y en consideración por la participación de \_\_\_\_\_ en la *Puerto Rico Youth Challenge Academy* exoneramos y relevamos de responsabilidad, ahora y en perpetuidad a la *Puerto Rico Youth Challenge Academy*, la Guardia Nacional de Puerto Rico, el Departamento de la Defensa de los Estados Unidos de América; así como sus respectivos empleados, contratistas, 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.
21. 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 así conste, juramos y subscribimos la presente declaración jurada en la ciudad de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o Tutor (a) Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Candidato / Cadete

Testimonio Núm.: \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito antemí, 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 \_\_\_\_\_



**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 Challenge 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 Challenge 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 propuestos 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 la diferencia de esta Academia 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



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD-REQUISITOS PARA APROBAR  
GRADO DE CUARTO AÑO**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, (padre, madre o tutor(a) legal del (la) joven \_\_\_\_\_, Candidato(a) a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy a través de este documento, reconozco lo siguiente:

1. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy tienen Licencia A68-03 y acreditación para poder operar como Institución Educativa en Puerto Rico y están exentos de Registro en el Departamento de Estado según lo establece la Ley 212 del 18 de agosto de 2018.
2. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy cumplen y se rigen por los reglamentos y leyes existentes aplicables a las Instituciones de Educación Básica en Puerto Rico.
3. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy no es una Escuela TRADICIONAL y su currículo académico está dirigido a estudiantes en riesgo o desertores escolares.
4. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth ChalleNGe 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 ChalleNGe Academy no garantizan que el estudiante complete los requisitos para el diploma de escuela secundaria, no obstante se encuentre completando los ocho (8) componentes de forma satisfactoria ya que la Excelencia Académica es uno (1) de los ocho (8) Componentes que tiene que completar y este 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. Se orientará a encargados sobre los acomodos razonables que se ofrecen en la Academia.
7. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy no cuentan con los servicios de un salón recurso, 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 en conjunto con profesores de Apoyo/ Necesidades Especiales para atender la carga académica. Las intervenciones se brindarán a estudiantes de toda la Academia sean o no participantes del Programa de Educación Especial. Debido a la modalidad de estudio acelerada y un currículo integrado de Ocho Componentes, hay acomodos que no se pueden ofrecer en la Academia. Estos acomodos incluyen, mas no se limitan a: Lector Humano, Trabajador 1 (T1), Anotador Humano, Ayuda Individualizada para completar exámenes o tareas, todo material didáctico fotocopiado, asistencia de traductor humano.
8. Que la Guardia Nacional de Puerto Rico y Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy no pueden ofrecer al estudiante registrado en el Programa de Educación Especial, los servicios relacionados como terapias psicológicas, habla, ocupacional y otras que se detallan en su 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



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
 PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**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:** \_\_\_\_\_



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
 PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**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**

---



---

**\*\*\*\*FAVOR NO COMPLETAR\*\*\*\***

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(s) 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: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Correo electrónico oficial donde se enviarán comunicaciones de la Academia:

\_\_\_\_\_

<u>Nombre del padre, madre, tutor (a) legal</u>	<u>Firma del padre, madre, tutor (a) legal</u>	<u>FECHA</u>



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
 PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**FORMAS MÉDICAS**

Información 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 202\_\_\_\_.

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 Challenge 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 revisión antes de entrar a la Academia. Pases para visitas al Ortodoncista se trabajarán solamente en caso de emergencias durante la Academia. (Se entiende por emergencia caerse un “braquet”, desprendimiento de un cable etc.)

La Puerto Rico Youth Challenge Academy puede ser físicamente demandante. 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 (Rappelling), 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 antes mencionadas.
- 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.

<u>Nombre del padre, madre, tutor (a) legal</u>	<u>Firma del padre, madre, tutor (a) legal</u>	<u>Fecha</u>



GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_,  autorizo  no autorizo a personal de la sección de enfermería y consejería, quienes ofrecen servicios a Candidatos/Cadetes con condiciones médicas y condiciones de salud mental de la Puerto Rico Youth Challenge Academy a ofrecer información sobre:

Recomendaciones de modificaciones razonables, necesidades y situaciones extraordinarias (emergencias médicas, alergias, condiciones médicas, otras).

La información se les proveerá a las siguientes secciones:

- Profesores
- Manejadores de caso
- Logística
- Personal que confecciona los alimentos
- Personal administrativo
- Cadres
- Otro(s): \_\_\_\_\_

La autorización para divulgar información tiene como objetivo compartir información que pueda ayudar al ofrecimiento de los acomodados razonables necesarios y aclarar cualquier información que pueda afectar los servicios que pueda recibir el Candidato/Cadete.

\_\_\_\_\_

Nombre del Candidato/Cadete	Fecha	Firma del padre ó encargado
-----------------------------	-------	-----------------------------

**Nota: El no autorizar puede afectar y/o limitar la coordinación de los servicios académicos y modificaciones razonables.**



### **PROCESOS DE REGISTRO FÍSICO A CANDIDATOS(AS) EL DÍA DE INGRESO A LA ACADEMIA**

Como parte del proceso de admisión de la Academia se realiza un registro completo el cual incluye la vestimenta, el equipaje y el físico del Candidato(a) con el fin de garantizar la seguridad y bienestar de todos los participantes. Este registro es realizado el primer día de inicio del Candidato(a) en la Academia y personal Cadre realizará el mismo con el objetivo de identificar equipos o materiales no autorizados, así como el personal de enfermería estará presente para identificar cualquier situación médica como: problemas en la piel, lesiones por accidentes, infecciones en piel, pediculosis, uñeros, hongos en piel, enfermedades contagiosas en la piel, entre otras.

Este proceso es realizado en las facilidades identificadas y debidamente preparadas para garantizar la confidencialidad y se llevará a cabo en presencia de un Consejero (a) de la Academia, garantizando sus derechos como menor y su intimidad. Este registro se realizará con ropa, sin afectar la integridad física de los participantes.

En caso de hallazgo de equipos o materiales no autorizados, marcas o lesiones recientes o condiciones de la piel que requieran atención médica los encargados serán notificados de manera inmediata para comparecer a la Academia. De igual manera no notificar alguna condición médica no visible durante el registro físico será responsabilidad del encargado y sujeto a la participación del Candidato (a) en la Academia.

#### Consentimiento

He leído la información provista en este documento y libremente consiento a la realización del registro físico reglamentario en el proceso de ingreso.

Nombre del Candidato (a) \_\_\_\_\_

Nombre de encargado \_\_\_\_\_

Firma de encargado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_