

# Full of MYSELF®

*“Fortaleciendo a las jóvenes para que tomen decisiones sanas”*

Subvencionado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos: Oficina de la Salud Femenina (*US Department of Health & Human Services: Office on Women's Health*)

## FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN

Nombre de la joven: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza/Origen étnico: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Está en libertad condicional?: Sí / No (marque con un círculo) Situación educativa: Regular Ed/ EBD/ Otra ESE (marque con un círculo)

### INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/TUTOR

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Fuente de la recomendación (Nombre): \_\_\_\_\_ Relación con la estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### RAZÓN DE LA RECOMENDACIÓN

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Faltar a clase             | <input type="checkbox"/> Falta de apoyo de los padres                          |
| <input type="checkbox"/> Expulsión/Suspensión       | <input type="checkbox"/> Varias parejas sexuales                               |
| <input type="checkbox"/> Sanciones disciplinarias   | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas o alcohol                           |
| <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico | <input type="checkbox"/> Baja autoestima/Mala imagen de sí misma               |
| <input type="checkbox"/> Abandonó sus estudios      | <input type="checkbox"/> Violencia en sus relaciones sentimentales             |
| <input type="checkbox"/> Embarazada                 | <input type="checkbox"/> Relaciones enfermizas                                 |
| <input type="checkbox"/> Madre adolescente          | <input type="checkbox"/> Actividades delictiva (presentes o pasadas)           |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico               | <input type="checkbox"/> En búsqueda de una actividad extracurricular positiva |
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual               |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas mentales         |  |

### INFORMACIÓN GENERAL

---

---

---

**\*\*\*Se DEBE presentar el consentimiento para participar en Full of Myself™ junto con este formulario\*\*\***

976 Lake Baldwin Lane Oficina 203, Orlando, FL 32814 Teléfono: (407)496-6945 Fax: (888)587-1421

Correo electrónico: [info@fullofmyself.net](mailto:info@fullofmyself.net)

# Full of MYSELF®

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Acepto que mi hija participe en el programa Full of MYSELF™. Full of MYSELF™ es un programa de enriquecimiento personal de 9 meses de duración para las adolescentes de 12 a 17 años de edad. **Este programa es GRATUITO**, gracias a la subvención del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos: Oficina de la Salud Femenina (*US Department of Health and Human Services: Office of Women's Health*). El programa se concentra principalmente en desarrollar la autoestima, mejorar la imagen que tiene de sí misma y brindar las herramientas que le permitirán tomar decisiones informadas con respecto a su salud y su conducta sexual.

En el programa se enseñan maneras de evitar riesgos o disminuirlos, cómo rechazar actividad sexual no deseada y habilidades para establecer buenas relaciones. Fortalece a las jóvenes en la toma de decisiones para proteger su salud física y emocional y su bienestar, y acepten el hecho de que se merecen todas las cosas buenas de la vida.

**Cada una de las chicas que concurren regularmente recibirá un incentivo mínimo de \$100.**

**En las sesiones grupales semanales se tratan temas como:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resolución de conflictos             | <input type="checkbox"/> Higiene                            |
| <input type="checkbox"/> Comunicación y reafirmación personal | <input type="checkbox"/> Clarificación de valores           |
| <input type="checkbox"/> Manejo de la ira                     | <input type="checkbox"/> Autoestima                         |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                             | <input type="checkbox"/> Relaciones sanas                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual   | <input type="checkbox"/> Adaptación                         |
| <input type="checkbox"/> Imagen corporal                      | <input type="checkbox"/> Pensamiento crítico ¡y muchos más! |

**Una vez por mes las actividades incluirán:**

- Visitas a las universidades
- Contacto con las artes
- Excursiones, etc.

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

**Nombre de la adolescente: (en letra de IMPRENTA)** \_\_\_\_\_

**Firma de la adolescente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre/tutor (en letra de IMPRENTA):** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico de los padres:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico de la adolescente:** \_\_\_\_\_

976 Lake Baldwin Lane Oficina 203, Orlando, FL 32814 Teléfono: (407)496-6945 Fax: (888)587-1421

Correo electrónico: [info@fullofmyself.net](mailto:info@fullofmyself.net)



## Permiso para participar en excursiones

Por este medio autorizo a mi hija a participar en excursiones bajo la supervisión del personal de *Full of Myself*<sup>™</sup>. Entiendo que el costo de la excursión será pagado por la Oficina Federal de Salud Femenina.

Exonero a Full of Myself de toda responsabilidad en caso de que ocurra un accidente. Doy mi autorización para que mi hija reciba tratamiento médico de emergencia y sea hospitalizada, de ser necesario. Entiendo que se hará todo lo posible para comunicarse conmigo antes de tomar dicha decisión.

**Nombre de la menor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre:** \_\_\_\_\_

**Teléfono en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_

Al firmar, usted autoriza a su hija a participar en las excursiones y los eventos regulares organizados fuera del lugar normal de reunión por *Full of Myself*<sup>™</sup> en los años 2012-2013. Le enviaremos a su casa una notificación antes de cada excursión.

\_\_\_\_\_

Firma de los padres o tutor

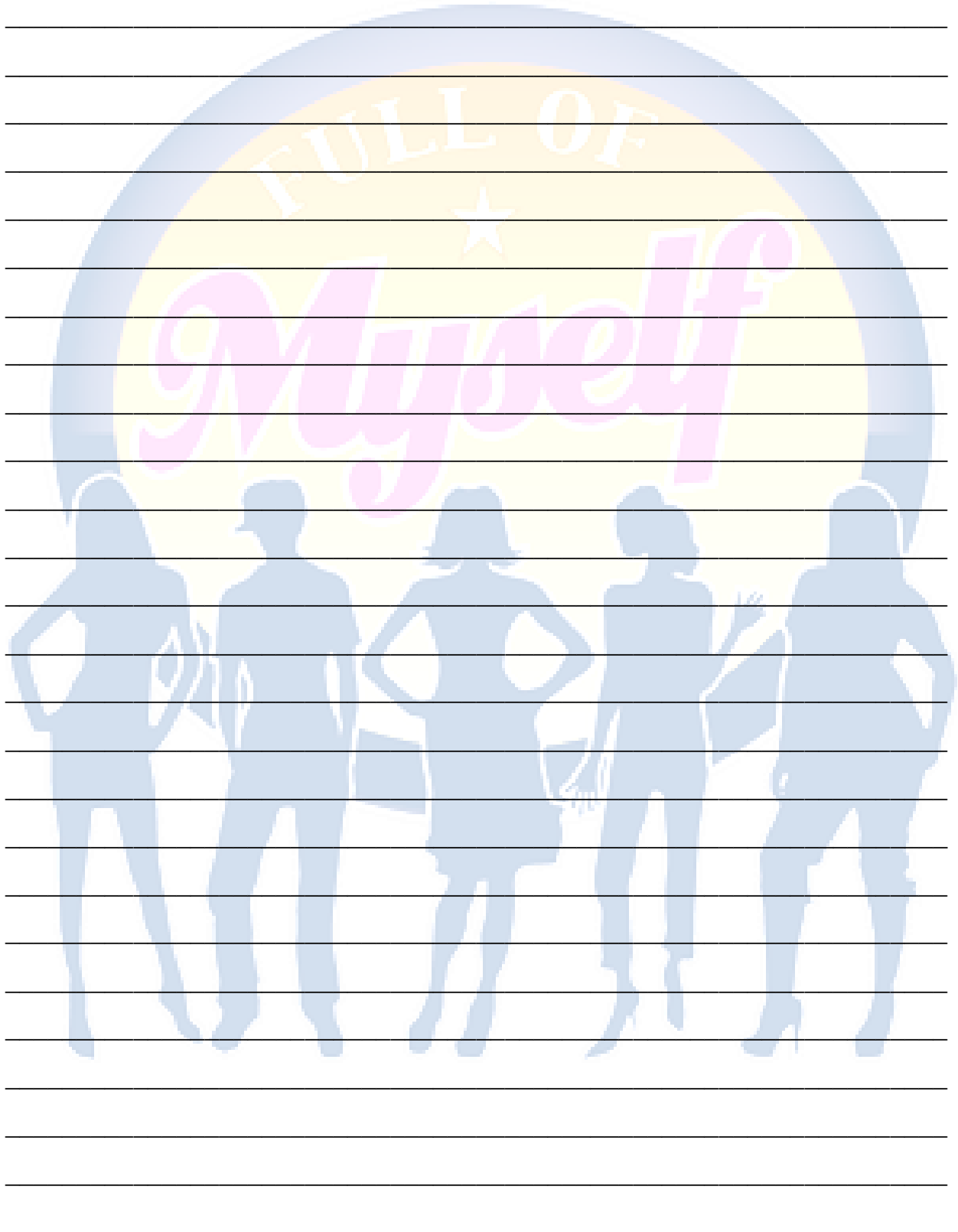
\_\_\_\_\_

Fecha de firma

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

**Full of Myself**  
**Ensayo para la beca**

¿Por qué cree que debería ser seleccionada para participar en Full of Myself?



A large, light blue watermark logo is centered on the page. It features a yellow circle with the words "FULL OF" in white, uppercase letters at the top and "Myself" in a large, pink, cursive font below it. A white star is positioned between "FULL OF" and "Myself". Below the circle are silhouettes of five people: a woman on the left, a man in the center, and three women on the right. The entire page is overlaid with horizontal lines for writing.

