



THINK.LEARN.DECIDE.

PIENSA. APRENDE. DECIDE.

Formulario de Referencia

Página 1

(Por favor, imprima claramente toda la información abajo)

Nombre completo del estudiante: _____

(Por favor, si usted usa dos apellidos separados por un guión, escríbalos así)

Grado actual _____ Edad _____ Mujer _____ Hombre _____

¿Por alcohol? _____ ¿Por Marihuana? _____ Otra sustancia (describa):

Razón del Referido (De una explicación corta):

Referido por: (Marque quién lo refirió)

Escuela

Corte Judicial

Uno mismo/padre o tutor

Nombre de la escuela: _____

Nombre de la persona que refiere al estudiante: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Fechas de la sesión con el estudiante: Mes: _____ Días: _____

Fecha de la sesión del padre/tutor: Miércoles/viernes: _____ Sábado: _____ Sesión de refuerzo: _____

¿El estudiante habla y lee inglés? Sí _____ No _____

Si no, ¿Que lenguaje habla? _____

¿Ha sido el estudiante referido o ha asistido previamente, al programa *Second Chance*? Sí _____ No _____

Si atendió previamente, indique quien lo refirió: ___ Escuela ___ Corte ___ Uno mismo/padre/tutor

Nombre del padre/tutor legal: _____

Dirección del padre/tutor y su código postal: _____

Teléfonos del padre/tutor: Hogar: _____ Trabajo: _____

Celular: _____

Correo(s) electrónico del padre/tutor: _____



THINK.LEARN.DECIDE.

Formulario de Referido

Página 2

(Por favor, imprima claramente toda la información abajo)

Forma preferida de comunicación con el padre/tutor (comprobar en un círculo la forma de comunicación en que usted va a recibir sus mensajes importantes):

- Correo electrónico Mensaje de texto al celular Llamar al celular Llamar al hogar
 Llamar al trabajo

Idioma primario del padre/tutor: _____

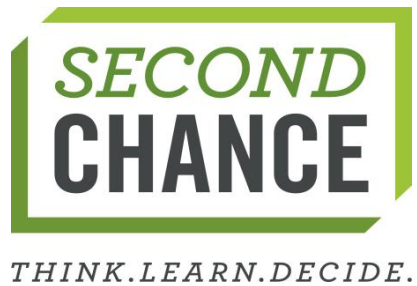
¿Necesitará el padre/tutor un intérprete? Sí ____ No ____

Firma del padre o tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma de la persona que refiere al cliente: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____



Carta de Bienvenida

Página 1

Estimado padre o tutor legal:

Bienvenidos al programa *Second Chance*. Nuestra meta es proporcionarle a su hijo(a) una experiencia educativa que le ayudará a analizar sus relaciones interpersonales, entender los efectos dañinos del uso de sustancias prohibidas, las razones que lo(a) llevaron a hacerlo y a cambiar su conducta. Para completar exitosamente este programa, es necesario el cumplimiento de estos tres requisitos:

Programa de Tres Días para el Estudiante: Su hijo(a) está obligado a asistir por tres días al programa de educación e intervención temprana. En el segundo día de participación el (la) estudiante responderá el instrumento llamado Subtle Substance Abuse Screening Inventory (SASSI) (Encontrará más información acerca de este instrumento en www.sassi.com).

- **Cuándo:** (fechas): _____
- **Horas:** 8:45 a.m. a 3:45 p.m. Debe llegar entre las 8:30 y las 8:40 a.m.
- **Dónde:** Centro Educativo Syphax, ____ Aula 227/ ____ Aula 171, 2110 Washington Boulevard, Arlington, VA 22204 (Ver la última página de este paquete para las direcciones y el mapa).
- **Comida:** Los estudiantes deben traer su propio almuerzo. Agua y refrigerios serán proveídos.

Programa para Padres/Tutores: Los padres/tutores están obligados a asistir a una clase de 3 horas durante la semana que el estudiante asiste al programa:

- **Cuando:** Miércoles (o Viernes, dependiendo de las clases del estudiante), de 6:30 a 9:30 p.m.
 - **Dónde:** Centro de Servicios de Salud Stambaugh (DHS), ubicado en 2100 Washington Boulevard, Arlington, VA. 22204, Nivel Bajo (LL), Aula C (este centro está al frente del Centro Educativo Syphax).
- **O**
- **Cuando:** Sábado 9 a.m. a 12:00 p.m.
 - **Dónde:** Centro de Servicios de Salud *Stambaugh* (DHS), ubicado en 2100 Washington Boulevard, Arlington, VA. 22204, Nivel Bajo (LL), Aula C (este centro está al frente del Centro Educativo Syphax).
 - **Comida:** Proporcionaremos refrigerios y agua. Puede traer su propia comida si desea.



THINK.LEARN.DECIDE.

Carta de Bienvenida

Página 2

Sesión de Refuerzo: Usted y su hijo(a) deben asistir a una sesión de refuerzo, esta sesión ocurrirá de 6 a 8 semanas después del programa de tres días:

- **Cuándo:** Lunes, _____
- **Hora:** Una sesión de aproximadamente 15 minutos entre las 6:30 y 9:30 p.m. (se les dará una hora específica)
- **Dónde:** Centro de Servicios de Salud Stambaugh (DHS), ubicado en 2100 Washington Boulevard, Arlington, VA. 22204, Nivel Bajo (LL), Aula B & C (el aula será anunciada posteriormente. Este centro está al frente del Centro Educativo Syphax).
- **Comida:** Proporcionaremos pizza y agua. Si lo desea, puede traer comida de su casa.

Esperamos colaborar con usted muy pronto. Por favor, comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

Alvaro Alarcon
Transitions...the Process for Change
Aalarcon_transitions@yahoo.com



THINK.LEARN.DECIDE.

Lista de Verificación para el Padre/Tutor Legal

FECHA: _____

Instrucciones para la fuente de referencia:

1. Quédese con las copias originales de las formas de referencia, consentimiento y contacto de emergencia.
2. Entregue al padre de familia/tutor una copia de cada una de las formas firmadas.
3. Envíe una copia de estas formas a través de escáner o correo electrónico a: Kelly Decker (kdeckertransitions@yahoo.com).

Instrucciones para el padre de familia o tutor:

Marque con un aspa (X) cada uno de los documentos que ha recibido.

- 1. Formulario de Referido (2 páginas)
- 2. Carta de bienvenida
- 3. Formulario de Consentimiento (2 páginas)
- 4. Formulario de Contactos de Emergencia
- 5. Recordatorio de Asistencia Escolar/Lista de los consejeros(as) de abuso de sustancias
- 6. Hoja de Ubicación del Programa



Consentimiento para la Participación y la Divulgación de Información – Página 1

El programa *Second Chance*, es un programa de educación e intervención temprana de tres días, que se ofrece en Arlington, Virginia. El programa se ofrece a los jóvenes de Arlington que han sido encontrados en posesión o bajo la influencia de alcohol, marihuana y/o ciertas otras sustancias (en casos referidos por la escuela, “otras sustancias” incluyen el vaporizar). Los componentes educacionales de este programa ayudan a los estudiantes a analizar sus relaciones interpersonales, entender los efectos dañinos del uso de sustancias prohibidas, las razones que lo(a) llevaron a hacerlo y a cambiar su conducta. El programa se lleva a cabo en el Centro Educativo Syphax, 2110 Washington Boulevard, Arlington, VA 22204 durante tres días escolares consecutivos de 8:45 a.m. hasta las 3:45 p.m.

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo(a), _____, participe en el programa *Second Chance* de 3-días y en la sesión de refuerzo.

Requisitos para cumplir con el programa exitosamente:

- Los estudiantes deben asistir al programa los tres días y a la sesión de refuerzo que ocurre de 6 a 8 semanas después del programa de tres días.
- Los padres/tutores deben asistir a un programa para padres de tres horas en la misma semana del programa para estudiantes, y también deberán asistir a la sesión de refuerzo. Los padres tienen la opción de atender el miércoles por la noche, de 6:30 - 9:30 p.m., **O** el sábado por la mañana de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. (a menos que se le indique algo diferente). Información acerca de la hora y localización de la sesión de refuerzo será confirmada al final del programa de padres.
- Ningún estudiante u otros niños serán permitidos en el programa de tres horas para los padres/tutores.
- Los estudiantes deben llegar entre las 8:30 y las 8:40 a.m. y deben estar preparados para iniciar la sesión a tiempo. Los padres deben estar puntuales a su programa y ambos, padres y estudiantes, deben llegar puntuales a la sesión de refuerzo.
- Los estudiantes y los padres o tutores son responsables de su propia transportación. Si usted no puede transportar a su hijo(a) al Centro Educativo Syphax o arreglar transportación para su hijo(a), por favor avísele a la fuente de referencia o al asistente de director de su escuela.
- Los alumnos deben traer su propio almuerzo ya que esto no será proporcionado por el programa. Se proveerá agua y refrigerios.
- Los estudiantes deben prestar atención y participar plenamente a toda hora durante las sesiones.
- Los estudiantes y los padres/tutores deben ser respetuosos con los facilitadores del programa y con otros participantes en todo momento.



Consentimiento para la Participación y la Divulgación de Información – Página 2

- Los estudiantes no deben estar bajo la influencia de sustancias durante cualquier parte del programa.
- Los estudiantes no podrán usar sus teléfonos o computadoras durante las sesiones. Todos los teléfonos serán depositados en una canasta al momento de llegar a la sesión y serán retornados cuando los estudiantes culminen la sesión del día. Si los padres necesitan hablar con sus hijos(as), deben contactar a Alvaro Alarcon al 202-644-6812.

Cualquier infracción de estos requisitos, incluida la llegada tardía, puede resultar en la expulsión del programa. Si un participante fuese expulsado del programa por cualquier motivo, consecuencias por parte de la corte y de la escuela pueden ser implementadas.



THINK.LEARN.DECIDE.

Consentimiento para la Participación y la Divulgación de Información – Página 2

Mi firma en este formulario indica que entiendo y estoy de acuerdo con todo lo siguiente:

- La participación en el programa Second Chance es estrictamente voluntaria.
Para referidos de la escuela: Entiendo que mi hijo(a) completara el instrumento llamado Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI) y los resultados serán compartidos conmigo, con mi hijo(a), la fuente de referencia, y el consejero(a) de abuso de sustancias de la escuela de mi hijo(a).
Para referidos de la corte y de uno mismo/padre de familia: Doy consentimiento al personal del programa Second Chance para que se comuniquen con el consejero(a) de abuso de sustancias de la escuela de mi hijo(a) para notificarles acerca de este referido. Sí No
Para referidos de la corte y de uno mismo/padre de familia: Doy consentimiento al personal del programa Second Chance de contactar al consejero(a) de abuso de sustancias de la escuela de mi hijo/a acerca de la necesidad de servicios o recursos adicionales. Sí No
Entiendo que si mi hijo(a) no cumple con los requisitos del programa y con las expectativas de comportamiento, él o ella podrá ser expulsado(a) del programa Second Chance. Si esto ocurre, deberé recoger a mi hijo(a) Centro Educativo Syphax y entiendo que él/ella podrá estar sujeto a suspensión por la escuela o acción por la Corte.
Además, entiendo que si mi hijo(a) es expulsado(a) del programa Second Chance, y no puedo recogerlo(a) del Centro Educativo Syphax, él/ella puede ser enviado(a) a la escuela por taxi Red Top Cab.
* * * * *
Afirmo que he leído las condiciones anteriores, y de mi parte y la de mi hijo(a) estamos de acuerdo en seguir estas condiciones con el propósito de cumplir exitosamente con el programa Second Chance, como ha sido establecido por las Escuelas Públicas de Arlington y/o la Corte Juvenil de Arlington, y el proveedor del programa Second Chance; el cual incluye participación en el programa para padres y la sesión de refuerzo.
Libero y descargo de toda responsabilidad a Second Chance Arlington, a los instructores contratados, y a Partnership for Children, Youth, and Families Foundation, y a sus miembros de todas las reclamaciones, demandas y perjuicios de cualquier tipo que surjan de la participación de mi hijo(a) en el programa, o en relación con esta.

Firma del padre o tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del adolescente: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma de quien refiere al cliente: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____



THINK.LEARN.DECIDE.

Contactos de Emergencia

Nombre del estudiante: _____

Información personal del estudiante:

Dirección de la casa: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Contactos de emergencia:

(1) Nombre: _____ Parentesco/relación: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

(2) Nombre: _____ Parentesco/relación: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Información médica:

Por favor, envíe un correo electrónico a Kelly Decker (kdeckertransitions@yahoo.com) o llame al 703-278-2176 acerca de cualquier problema médico, alergias, medicinas recetadas, preocupaciones de salud etc.

Si su hijo(a) necesita tomar medicamentos durante el día, por favor proporcione el nombre de la medicina, la dosis en su recipiente original, y cuándo debe ser tomada: _____

Yo soy/nosotros somos, el (los) padre(s)/tutor(es) de _____. En mi (nuestra) ausencia, hemos dejado a nuestro hijo(a) bajo el cuidado de los instructores del programa *Second Chance*, a quienes autorizamos que en mi (nuestro) nombre den consentimiento para el suministro de cualquier tratamiento médico de emergencia que mi/nuestro hijo(a) necesite; y asumimos la responsabilidad financiera por este cuidado médico.

Firma

Fecha

Firma

Fecha



THINK.LEARN.DECIDE.

Recordatorio de Asistencia a la Escuela

ATENCIÓN PADRES/TUTORES:

- La participación en el programa *Second Chance* es considerada una ausencia justificada de las Escuelas Públicas de Arlington.
- Es *su responsabilidad* llamar a la oficina de asistencia de la escuela de su hijo(a) para informarles que su hijo(a) estará ausente de la escuela durante los tres días del programa
- Usted no está obligado a reportar la razón por la cual su hijo(a) estará ausente de la escuela.
- Si usted no llama a la oficina de asistencia, los tres días en *Second Chance* se contarán como ausencias injustificadas del estudiante.
- Es responsabilidad de los estudiantes el hacer las tareas escolares durante los días de asistencia al programa.

Oficinas de Asistencia:

Escuela Secundaria Wakefield
703-228-6730

Escuela Intermedia Swanson
703-228-5506

Escuela Secundaria Washington-Lee
703-228-6225/6226

Escuela Intermedia Williamsburg
703-228-5444

Escuela Secundaria Yorktown
703-228-5410 or 5411

Escuela Secundaria Arlington Community
703-228-5350

Programa H-B Woodlawn
703-228-6363

Career Center
703-228-5746/5748

Escuela Intermedia Gunston
703-228-6920

Langston
703-228-5295

Escuela Intermedia Jefferson
703-228-5900

New Directions
703-228-2116

Escuela Intermedia Kenmore
703-228-6802



THINK.LEARN.DECIDE.

Consejeros de Abuso de Sustancias de las Escuelas de Arlington:

Siobhan Bowler

HB Woodlawn and Swanson
siobhan.bowler@apsva.us
703-228-6361/703-228-5500

Maria Ceballos

W-L and Langston
maria.ceballos@apsva.us
703-228-2028/703-228-8392

Kim Chisolm

Yorktown and Jefferson
kim.chisolm@apsva.us
703-228-2541/703-228-5911

Edgardo Mercado

Wakefield and Arlington Community HS
edgardo.mercado@apsva.us
703-228-2390/703-228-5350

Jennifer Sexton

Kenmore and Williamsburg
jennifer.sexton@apsva.us
703-228-2631/703-228-5450

Mila Vascones-Gatski

New Directions
mila.vascones@apsva.us
703-228-2115

Vanessa Zorrilla-Zuniga

Gunston and Career Center
sonia.zorrillazuniga@apsva.us
703-228-8706/703-228-6900

Si usted desea contactar al consejero(a) de abuso de sustancias (SAC) vía correo electrónico, tenga en consideración que legalmente todo correo acerca de su hijo(a) será considerado parte de su record estudiantil. En su lugar, Usted puede llamar al consejero(a) por teléfono o enviar un correo electrónico pidiendo que se contacte con usted acerca del programa Second Chance (o por cualquier otro asunto).



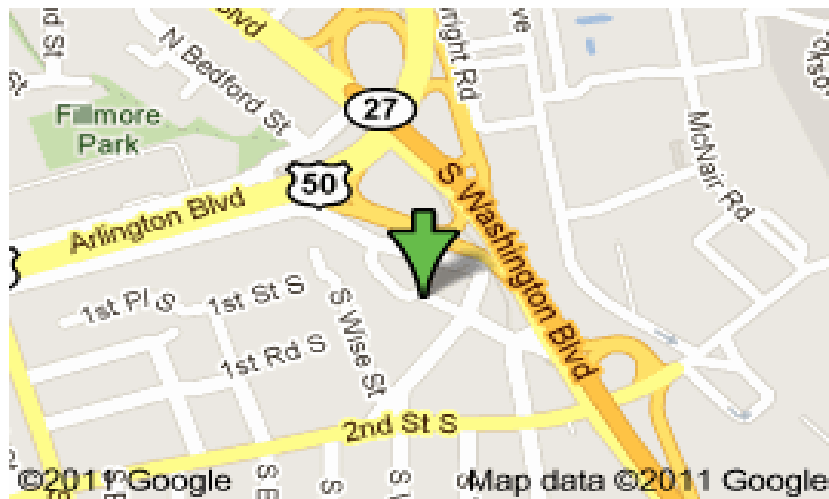
THINK.LEARN.DECIDE.

Hoja de Ubicación del Programa *Second Chance*

Programa de Tres Días para el Estudiante: Centro Educativo Syphax, ____ Aula 227/ ____ Aula 171, 2110 Washington Boulevard, Arlington, VA 22204.

Programa para Padres/Tutores: Centro de Servicios de Salud Stambaugh (DHS), ubicado en 2100 Washington Boulevard, Arlington, VA. 22204, Nivel Bajo (LL), Aula C (este centro está al frente del Centro Educativo Syphax).

Sesión de Refuerzo: Centro de Servicios de Salud Stambaugh (DHS), ubicado en 2100 Washington Boulevard, Arlington, VA. 22204, Nivel Bajo (LL), Aula B y C (este centro está al frente del Centro Educativo Syphax).



La transportación al Centro Educativo Syphax y Centro de Servicios de Salud Stambaugh (DHS) es responsabilidad del estudiante y de su padre/tutor. Si maneja hay parqueo gratuito y de parquímetro en la calle, además de parqueo gratis en el garaje del edificio adyacente.

Los autobuses de *Arlington Rapid Transit (ART)* y *Washington Metro Area Transit Authority (WMATA)* tienen una parada cerca de la entrada al Centro de oficinas *Sequoia Plaza*.

- Autobus 42 de ART, 45 de ART, and 77 de ART
<http://www.arlingtontransit.com/pages/routes/art-42/>; [art-45/](http://www.arlingtontransit.com/pages/routes/art-45/); [art-77/](http://www.arlingtontransit.com/pages/routes/art-77/)
- Autobus 10B de WMATA
https://www.wmata.com/schedules/timetables/upload/10A-E_180624.pdf

Existen fondos limitados para asistencia de transportación. Por favor hable con la fuente de referencia y/o el asistente de director de su escuela.