

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E HISTORIA CLÍNICA PARA EL
“FORO PREPARATORIO” Y EL “TERCER CONGRESO MUNDIAL CONTRA LA
EXPLOTACIÓN SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES”**

**Río de Janeiro, Brasil
23 -28 de noviembre 2008**

1. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES /PERSONA/S A CARGO

Antecedentes: al cuidar de su niño/a se garantiza que estará seguro/a durante su viaje y durante la estadía en Río de Janeiro para el “Foro de Preparación” y para el “III Congreso Mundial contra la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes”. La organización local/internacional responsable de la participación de su niño/a es también la responsable de disponer y organizar los documentos adecuados para tal fin (por ejemplo pasaportes, visas, boletos de avión, etc.) y también el seguro de viaje y el seguro médico (para enfermedad o lesiones) **antes** de la partida a Brasil. Estos documentos serán necesarios en el caso de pérdida de equipaje, pérdida de vuelos y cualquier otro gasto médico que su niño/a requiera. Éste es un documento de VITAL IMPORTANCIA; asegúrese de mantener las siguientes 3 páginas SIEMPRE a mano y completas.

Adulto acompañante: un adulto acompañará a su niño/a durante las reuniones en Brasil. Este adulto ha sido designado por la organización local/internacional responsable de la participación del niño/a. El adulto acompañante será el responsable de la seguridad y del bienestar del niño/a mientras se encuentre fuera de su hogar. Si fuera necesario, también podría ser el traductor del niño/a durante este plazo. El adulto acompañante mantendrá copias de todos los formularios (3 formularios) consigo durante toda la estadía en Brasil y entregará una copia de los 3 formularios a la organización patrocinadora correspondiente.

Por favor marque la opción apropiada:

Yo/ Nosotros, (nombres del padre(s)/persona(s) a cargo) _____,

doy/damos mi/nuestro consentimiento para que mi/nuestro niño/a
(Nombre del niño/a): _____,

viaje a Río de Janeiro, Brasil, para asistir al “Foro de Preparación” y a los encuentros con motivo del “Tercer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes” a celebrarse entre el 23 y el 28 de noviembre de 2008.

Yo/Nosotros nombro/ nombramos a (nombre del adulto acompañante): _____,
como responsable del menor durante este viaje y lo autorizo/autorizamos para tomar decisiones de carácter médico en caso de cualquier tratamiento clínico de emergencia que se necesitara durante este viaje.

Yo/Nosotros declaro/declaramos que tengo/tenemos autoridad total para dar el consentimiento necesario en este documento.

Medios de comunicación: si su niño/a decide ser entrevistado o aparecer en los medios de comunicación, ya sea durante el “Foro Preparatorio” o durante el “Tercer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes”, recibirá información sobre cómo dar entrevistas a los medios de comunicación. Es posible que aparezca en fotografías, películas, videos, audio u otras formas de grabación durante una conferencia o en su área local/en su hogar. El niño/a siempre estará acompañado de un adulto responsable durante cualquier interacción con los medios de comunicación.

Por favor marque la opción adecuada:

Yo/Nosotros doy/ damos mi/nuestro consentimiento a mi/nuestro niño/a para tomar parte en las actividades de los medios de comunicación durante las reuniones.

Yo/Nosotros NO doy/ damos mi/nuestro consentimiento a mi/nuestro niño/a para tomar parte en las actividades de los medios de comunicación durante las reuniones.

Permiso para administrar medicamentos comunes: por favor indique a continuación si usted da su consentimiento o autoriza que a su niño/a le sean administrados medicamentos comunes tales como Advil, Tylenol, Aspirina, etc. en caso de dolencias comunes (dolor de cabeza, dolor de estómago, etc.). En caso de enfermedades de mayor gravedad, su niño/a será atendido por un medico profesional.

Yo/Nosotros doy/ damos mi/nuestro consentimiento a mi/nuestro niño/a para tomar medicamentos comunes tales como Advil, Tylenol, Aspirina, etc. en caso de dolencias comunes.

Yo/Nosotros NO doy/ damos mi/nuestro consentimiento a mi/nuestro niño/a para que tome medicamentos comunes en caso de dolencias comunes.

Por favor especifique si el niño/a es alérgico a algún medicamento.

Firma(s) del/de los padre(s)/ persona(s) a cargo:

_____ Fecha _____,

_____ Fecha _____,

(Por favor escriba su nombre completo en letra de imprenta al lado de la firma)

Por favor suministre sus datos personales a continuación para poder ser contactado en caso de una emergencia. (Incluya los códigos o prefijos internacionales)

Número de teléfono _____ Nombre y número de contacto en caso de emergencia:

Dirección del padre/ persona a cargo: _____,

Validación y consentimiento del padre/ persona a cargo

Yo, (por favor escriba su nombre completo en letra de imprenta) tengo conocimiento y acepto todo lo que está estipulado en este formulario de consentimiento:

Firma: _____ Fecha: _____,

Nombre de la organización de apoyo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL NIÑO/A Y/O ADOLESCENTE

Yo (nombre) _____, comprendo y he sido debidamente informado sobre los programas, mi rol y la naturaleza de las reuniones y encuentros. Entiendo que _____ (nombre del adulto acompañante) irá conmigo a las reuniones y encuentros y que se encargará de mi seguridad y bienestar.

Por favor haga una marca si su respuesta es positiva

- Me han preguntado si estoy de acuerdo con la elección del adulto acompañante.
- Se me ha informado acerca de cómo el adulto acompañante me cuidará.
- Haré lo que el adulto acompañante me pida que haga para garantizar mi seguridad y bienestar (hasta donde sea sensato hacerlo)
- He sido informado sobre el programa de las reuniones y estoy de acuerdo en hacer este viaje y a participar en los encuentros y reuniones.
- Comprendo que tengo total libertad de decir que no deseo hacer este viaje.

Firma del niño/a o adolescente: _____, Si llegara a tener algún problema relacionado con el adulto acompañante que me brinda cuidado, puedo contactar a

_____,
(Nombre y número de teléfono de la persona encargada de la protección al menor en Brasil o del coordinador para la participación de la infancia)

3. FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Los adultos acompañantes de niños/as y adolescentes deben completar este formulario junto con los niños/as y adolescentes y llevar una copia de este documento consigo todo el tiempo. Deben también entregar otra copia a las personas que son los “encargados principales” de la protección del menor. La información en este formulario es confidencial. Sólo personal medico y los organizadores de las reuniones tendrán acceso a ella.

1. Nombre del niño/a o adolescente
2. País:
3. Alergias (por ejemplo: comidas, condiciones, picaduras de insectos, medicamentos):
4. Grupo sanguíneo:
5. Se encuentra actualmente bajo medicación: No Sí

Tipo de Medicación:

Por favor disponer de copias de prescripciones (medicación o lentes/anteojos) y medicamentos suficientes para el periodo del evento.

6. Registro de operaciones u hospitalizaciones previas:
7. Problemas médicos (por ejemplo: asma, epilepsia, discapacidad, baja presión arterial, diabetes, propensión a migrañas/desmayos/mareos, depresión /ansiedad):
8. Regímenes de sesiones terapéuticas en proceso/tratamiento:

Advertencia de vacunación contra la fiebre amarilla:

Se requiere de vacuna contra la fiebre amarilla para los viajeros que arriben de áreas endémicas, ya sea en África o en Latinoamérica. Los viajeros deben visitar a su médico particular o hacerse revisar por el departamento nacional de salud con 4 a 8 semanas de anterioridad a la partida para el suministro de las debidas vacunas y la obtención de información sobre sus efectos secundarios. Para información actualizada, incluyendo recomendaciones sobre información para viajeros en Brasil, véase:

www.mdtravelhealth.com/destinations/samerica/brazil.php

Información del seguro médico

Nombre de la compañía aseguradora:

Número de la póliza de la aseguradora: