

Cuestionario Suplementario de Participación en el Programa de Cuerpo de Entrenamiento de Oficiales Junior de la Reserva (JROTC) de la Fuerza Aérea (AF)/Fuerza Espacial (SF)

UNIDAD: fld_W_JROTC fld_W_JROTC_UNIT

AÑO ESCOLAR: fld_W_ACAD_YEAR

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

DISPOSICIONES LEGALES EN LAS QUE SE BASA: 10 U.S.C. 102, Cuerpo de Entrenamiento de Oficiales Junior de la Reserva; Directiva 1205.13 del Departamento de Defensa sobre el Cuerpo de Entrenamiento de Oficiales Junior de la Reserva.

OBJETIVOS PRINCIPALES: Este cuestionario suplementa el formulario DD Form 3203, *Código de Conducta del Cuerpo de Entrenamiento de Oficiales Junior de la Reserva* y *Formulario de Consentimiento por parte de los padres/guardianes legales*. El formulario describe como la información del cadete será mantenida dentro del programa de la AF/SF JROTC y reúne información necesaria relacionada a la salud antes de participar en el programa de Salud y Bienestar de cadetes de AF/SF JROTC. Este formulario es solo para uso interno y solo será visto por los instructores.

USOS HABITUALES: La información aquí contenida la cual deberá de ser protegida bajo el Freedom of Information Act (5 U.S.C. § 552) y/o el Privacy Act of 1974 (5 U.S.C. § 552). La divulgación no autorizada o mal uso de esta información personal puede resultar en acciones disciplinarias, y penalidades criminales y/o civiles. La difusión se limita únicamente a personas que tienen una necesidad directa de saber, entre los que se incluyen cadetes, padres/guardianes, instructores de AF/SF JROTC, administradores escolares, profesionales de la salud y funcionarios de la sede central de AFJROTC.

REVELACIÓN: Es voluntaria. Sin embargo, no llenar por completo la información solicitada podría causar la pérdida de la idoneidad del (de la) estudiante para participar en el programa AF/SF JROTC.

PARTE I – MANTENIENDO INFORMACION DEL CADETE:

Participación en el programa de AF/SF JROTC es voluntaria. Cierta información del cadete será reunida, agregada y monitoreada en la base de datos de la AF/SF JROTC por otros cadetes (estudiantes) del programa. Esta información será limitada a información específica del programa tales como resultados de calificaciones en acondicionamiento físico, participación en eventos en servicio a la comunidad, viajes como Currículo en Acción, competencias y otras actividades de la AF/SF JROTC, grados/ascensos, premios, condecoraciones (medallas) é información de entrega de uniformes. Toda información de identificación personal tales como fecha de nacimiento, género, raza y etnicidad es mantenida y protegida en una sección de la base de datos que SOLAMENTE es accesible por los instructores, NO por los cadetes.

PADRES/GUARDIANES LEGALES: Su firma en la página 2 afirma su reconocimiento/entendimiento de como AF/SF JROTC mantendrá la información del cadete en la base de datos.

PARTE II – CUESTIONARIO DE SALUD:

El programa de Salud y Bienestar de cadetes de AF/SF JROTC está diseñado para ayudar a los cadetes a establecer un estilo de vida saludable y mejorar su nivel de acondicionamiento físico. Todas las sesiones de salud/bienestar serán supervisadas y monitoreadas por al menos un instructor. Estas sesiones podrían incluir caminar, correr, calistenia, y otras actividades relacionadas al acondicionamiento físico. Todos los instructores de la AF/SF JROTC han sido entrenados en dar servicios de respiración cardiopulmonar (RCP) en caso de ser necesario. Es obligatorio el completar el cuestionario de salud y bienestar antes de participar en el programa de Salud y Bienestar de la AF/SF JROTC.

PADRES/GUARDIANES LEGALES: Su firma en la página 2 afirma la autorización otorgada en la DD Form 3203, *Código de Conducta del Cuerpo Subalterno de Entrenamiento para Oficiales Junior Reservistas* y *Formulario de Consentimiento* e identifica cualquier condición relacionada a la salud del cadete que los instructores de la AF/SF JROTC deberán de monitorear. *Es su responsabilidad el informar a los instructores de AF/SF JROTC de cualquier cambio en la salud de su hijo/hija que debería de abstenerle de participar en programa de Salud y Bienestar de cadetes de la AF/SF JROTC.* Finalmente, en el caso de un problema médico, ustedes como padres/guardianes comprenden que cualquier cuidado médico que sea requerido no es responsabilidad de la AFJROTC.

Controlado por: OUSD(P&R)
Controlado por: HQ AFJROTC
Categoría de CUI: HLTH
Control de Difusión Limitado: DL SOLAMENTE
Punto de Control: JRO, jrotc.jro@au.af.edu

CUI
(Cuando Se Complete)

CADETE: Regresar este cuestionario completo a su instructor de AF/SF JROTC y notificarle si contestó “SI” en alguna pregunta.

(Marque uno)

1. ¿Ha habido algún cambio significativo en su salud en los últimos 6 meses? **SI - NO**
2. ¿Está en estos momentos bajo algún perfil médico restringiendo de actividades físicas?..... **SI - NO**
3. ¿Alguna vez un médico indicó que sufre de alguna enfermedad cardíaca, del corazón, o de problemas de respiración? **SI - NO**
 - A. ¿Sufre de dolores en el pecho, especialmente durante actividades físicas?..... **SI - NO**
 - B. ¿Se siente débil o cree estar a punto de desmayarse durante o después de actividades físicas? **SI - NO**
 - C. ¿Tiene dificultad para respirar debido a asma o alguna otra condición inducida por el ejercicio?..... **SI - NO**
4. ¿Ha experimentado algún cambio significativo de peso en los últimos 6 meses? **SI - NO**
Si la respuesta es “Si,” marque e indique la cantidad estimada: Subido / Bajado _____ lbs
5. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado o ha presentado síntomas de estrés/agotamiento por calor? **SI - NO**
6. ¿Toma algún suplemento dietético, herbal o nutricional incluyendo bebidas energéticas que contengan cualquiera de las siguientes? Ephedra/Ephedrine, Guarana, Phenylephrine, Pseudonephedrina?..... **SI - NO**
De ser “Si,” explique: _____
7. ¿Tiene alguna otra condición médica que pueda ser motivo de preocupación de su salud como resultado de ejercicios (por ejemplo, alergias, embarazo, etc.) **SI - NO**
De ser “Si,” explique: _____
8. Por favor, utilice esta área para proporcionar información adicional sobre cualquiera de las preguntas anteriores. Para cualquier comentario, indique el número de la pregunta correspondiente.

PARTE III – RECONOCIMIENTO:

Al firmar a continuación, certifico que he revisado el formulario y reconozco/entiendo cómo se mantienen los datos de los cadetes en la base de datos de AF/SF JROTC. También certifico que la información proporcionada en el cuestionario de evaluación de salud es precisa.

NOMBRE DEL CADETE (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN	FECHA (YYYYMMDD)