



Casa El Buen Samaritano

Aplicacion de Voluntarios

Nombre: _____ E-mail: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Números: Telefónico Casa: _____ Telefónico Trabajo: _____ Telefónico Celular: _____

Contacto en caso de Emergencia: _____ Número Telefónico: _____

Preferencia de Horario: (circule todo aplicable) **Semanalmente** **Mensualmente** **Cuando sea necesario**

Por favor seleccione todas las actividades de voluntario en las que esté interesado(a):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administrativo/Oficina | <input type="checkbox"/> Asistente Dental |
| <input type="checkbox"/> Cuarto de Medicina | <input type="checkbox"/> Ajardinar (Jardín) |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Seguridad |
| <input type="checkbox"/> Asistente Médico | <input type="checkbox"/> Ministerio Espiritual |
| <input type="checkbox"/> Enfermero(a) | <input type="checkbox"/> Programa de Niños |
| <input type="checkbox"/> Enfermero(a) Titulado(a) | <input type="checkbox"/> Traductor(a) |
| <input type="checkbox"/> Enfermera Vocacional con Licencia | <input type="checkbox"/> Limpieza del centro |
| <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Referido a CEBS por: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M _____ F _____

Ocupación Actual: _____ Empleado(a) por: _____

Experiencia laboral (de trabajo) previa: _____

Habilidades especiales: _____

Motivo para ser voluntario: _____

Idiomas

Inglés: Fluidez verbal: Ninguna 1 2 3 4 5 Lectura: Ninguna 1 2 3 4 5

Español: Fluidez verbal: Ninguna 1 2 3 4 5 Lectura: Ninguna 1 2 3 4 5

¿Ha sido declarado o se ha declarado culpable o no impugnado por un delito grave o algún crimen? ___ si su respuesta es si, por favor explique: _____

Importante: "culpable" incluye sentencia a reclusión o encierro, multa pagada, servir una pena (cárcel), libertad condicional (inclusive la sentencia diferida) y la restitución ordenada por el tribunal (corte). Al firmar abajo, yo doy mi consentimiento a un chequeo necesario de la historia criminal.

Afirmo que la información de arriba es verdadera y correcta.

Aplicante o solicitante/Voluntario _____

Fecha _____

Solamente para el uso de la oficina

Reviewed by: _____ Date: _____

Mentor Assigned: _____ Date: _____

To share the love of **JESUS CHRIST**: body, soul, spirit.



Casa El Buen Samaritano

Autorización voluntaria para divulgar información de antecedentes

En relación con mi solicitud de servicio voluntario con **Casa El Buen Samaritano**,

- Yo autorizo a **Casa El Buen Samaritano** y su organización de verificación de acreditación de terceros a realizar una verificación de antecedentes de seguridad sobre mí. Entiendo que esta verificación de seguridad cubrirá información que incluye, entre otros, antecedentes del consumidor, antecedentes penales, educación e información laboral.
- Entiendo que **Casa El Buen Samaritano** puede realizar investigaciones sobre mis antecedentes que pueden incluir antecedentes penales, registros de vehículos motorizados, referencias personales y otros informes de registros públicos que me pertenecen.
- **Autorizo sin ninguna reserva, a cualquier persona, agencia u otra entidad contactada por Casa El Buen Samaritano o su organización de verificación de acreditación de terceros, con el fin de obtener información de antecedentes, a proporcionar la información mencionada anteriormente.**

Libero a **Casa El Buen Samaritano**, sus respectivos empleados, sus agentes, así como su organización de verificación de acreditación de terceros y empleados y todas las personas, agencias y entidades que brindan información o informes sobre mí de cualquier y toda responsabilidad que surja del suministro. cualquier información o informes de este tipo.

POR FAVOR IMPRIMA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN

Solicitado por:713-400-7519

Nombre legal completo _____

Otros nombre usados _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de Seguro Social: _____

Licencia de conduccion # _____ Estado que la emite _____

Correo Electronico: _____

Tenga en cuenta: si su dirección es una ruta rural o un apartado postal, debemos tener la ciudad y el condado donde se entregó el correo

Dirección Actual _____ Ciudad _____ Co . _____ Estado _____

Código postal _____

¿Cuánto tiempo en esta dirección? (Meses / años) _____

Anterior Dirección _____ Ciudad _____ Co . _____ Estado _____

Código postal _____

¿Cuánto tiempo en esta dirección? (Meses / años) _____

Anterior Dirección _____ Ciudad _____ Co . _____ Estado _____

Código postal _____

¿Cuánto tiempo en esta dirección? (Meses / años) _____

FIRMA _____ FECHA _____

Indique todas las ciudades / estados que residen desde los 18 años y cuánto tiempo en cada ciudad / estado:

Envíe el formulario por correo electrónico a j.gutierrez@casaelbuen.org o por fax al **713-721-0104**, o por correo P.O. Box 20487, Houston, TX 77225

Gracias por ser voluntario en Casa El Buen Samaritano!



Casa El Buen Samaritano

Guía de Confidencialidad

The **Health Insurance Privacy and Accountability Act (HIPAA)** controla cómo todos los profesionales y organizaciones de salud mantienen la información de salud del paciente. Aunque usted sea un voluntario. **Protected Health Information (PHI)** (Información Protegida de Salud) según HIPAA significa información de salud individualmente identificable. Identificable se define como cualquier información o datos que puedan ser ligados o conectados.

1. A usted no se le permite hablar de los asuntos concernientes a los pacientes con miembros de su familia, amigos, o cualquier otra persona que no está directamente involucrada con el tratamiento del cuidado del paciente.
2. Información de un paciente nunca debe ser discutida con otros voluntarios o empleados durante horas no labor.
3. Miembros del personal (empleados y voluntarios) deben ser cuidadosos de no ser oídos por casualidad cuando están hablando de otros pacientes. Por ejemplo: hablar en el pasillo, sala de espera, sola de examinación, etc.
4. Dejar registros médicos ó cualquier tipo de información del paciente que puedan ser vistos o leídos por otros no involucrados con el cuidado directo del paciente es una violación de HIPAA. PHI de un paciente es de ser protegido siempre y es requerido por la ley.
5. Violaciones o infracciones de PHI de un paciente puede tener como resultado una queja o la Oficina de Derechos Civiles, y podrían posiblemente justificar multas y/o una demanda en contra de usted y Casa.
6. Las responsabilidades de mantener la información de los pacientes confidencial son continuas y debe ser practicada constantemente cada día. Los voluntarios tienen un deber personal para hacer todos los esfuerzos razonables para limitar la cantidad de PHI que es utilizada o revelada.

He leído y entiendo completamente la importancia de practicar siempre la confidencialidad del paciente y prometo apoyar todas las pautas comó indicado arriba.

Nombre en Molde

Firma

Fecha

Regresar a (j.gutierrez@casaelbuen.org), fax (713.721.0104), or mail (P.O. Box 20487, Houston, TX 77225).

To share the Love of **Jesus Christ**: body, soul, spirit.