Lucy’s Love Bus

Aplicación Para Terapias de Integración

Por favor enviar correspondencia a: Jackie@LucysLoveBus.org  
Lucy’s Love Bus, PO Box 464, Amesbury MA 01913

o fax a: (857) 277-1807

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre o Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Prefiere ingles o español? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su hijo/hija habla ingles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escoge su método preferido de comunicacón: EMAIL TEXT

Diagnostico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complicaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del Diagnostico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oncólogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono o Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor complete las siguientes preguntas con la contribución de su hijo(a):

¿Qué síntomas emocionales y físicos usted espera aliviar con el uso de las terapias de integración? Por favor describa:

¿Qué tipo de terapia de integrativa o de servicio(s) está su hijo(a) interesado en recibir? Escoja 3 y pongalas en orden de preferencia.

\_\_\_\_\_ Masajes \_\_\_\_\_ Equitación Terapéutica \_\_\_\_ Karate

\_\_\_\_\_Cuidados Quiroprácticos \_\_\_\_\_Arte Terapia/lecciones \_\_\_ Acupunctura

\_\_\_\_\_\_ Danza \_\_\_\_\_ Música \_\_\_\_ Yoga

\_\_\_\_\_\_Natación \_\_\_\_\_Asesoramento Nutricional

Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La misión de Lucy’s Love Bus es ofrecer comodidad a los niños con cáncer y aquellos que luchan contra los efectos tardíos del tratamiento del cáncer. Servimos a los niños que tienen 21 años o menos, o que fueron diagnosticados inicialmente con cáncer antes de los 21 años. Nuestra principal preocupación es la calidad de vida de su hijo durante el tratamiento y más allá. Creemos que las terapias de integración pueden ayudar a compensar los rigores del tratamiento tradicional para el cáncer, apoyando suavemente el bienestar emocional, físico y espiritual del niño.

Lucy’s Love Bus ha suministrado este material para su información. No se pretende sustituir los conocimientos médicos y consejo de su médico de atención primaria de la salud. Le animamos a discutir cualquier decisión sobre el tratamiento o cuidado con su proveedor de atención médica. La mención de cualquier producto, servicio o terapia no es un endoso por Lucy’s Love Bus.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Comentarios o preguntas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Lucy’s Love Bus solo asociarse con profesionales en las áreas de terapia con todos certificaciones. Pero, por favor quedarse con su niño por toda la sesión y si Usted tiene algo preocupaciones, llámanos inmediatamente.\*

LUCY’S LOVE BUS CHARITABLE TRUST, INC

EL ACUERDO Y LIBERACION

El padre firmante (s) y/o tutor (s) (en lo sucesivo,"Padre(s)") han solicitado la asistencia de Lucy’s Love Bus Charitable Trust, Inc. y de sus respectivos voluntarios, funcionarios, directores, empleados y agentes (colectivamente con "Lucy’s Love Bus") en la identificación de los proveedores (en lo sucesivo," Proveedor(s) ") de servicios que incluyen, pero no limitado a, acupuntura, masaje, equitación terapéutica, Reiki, meditación, tai chi, el arte, la música y las terapias de la danza, y soportes médicos (en adelante "servicios"), por lo que tales Proveedores pueden prestar sus servicios a el Padre(s) de hijo menor de edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(en lo sucesivo, “Niño").

El Padre(s) por la presente reconoce y entiende que Lucy’s Love Bus hace referidos sólo a los Proveedores que tienen licencia y asegurados en sus respectivos campos. El Padre(s), sin embargo, entiende que el padres(s) son en última instancia totalmente responsable de, y asumir todo el riesgo de, la determinación de si un Proveedor y/o servicios de proveedores son seguros y apropiados para su hijo. Tal determinación incluye, pero no se limita a, si está calificado un proveedor de servicios para llevar a cabo para el niño. El Padre(s) reconoce más y entender que el padre(s) debe consultar con profesionales médicos del niño acerca de si los servicios del proveedor podrían potencialmente dañar al niño. El Padre(s) también reconoce y entiende los servicios de ese proveedor puede tener el potencial para contener los riesgos inherentes que pueden conducir a lesiones o incluso la muerte del niño, en circunstancias raras.

En consideración de la identificación de proveedores de Lucy’s Love Bus

1. **EL PADRE(S) DECIDE ASUMIR PLENAMENTE LOS RIESGOS INHERENTES A LOS SERVICIOS DE LOS PROVEEDORES.** Después de la consideración de los riesgos inherentes a los servicios del Proveedor, incluyendo pero no limitado a, los abordados anteriormente, el Padre(s) decide asumir plenamente todos los riesgos asociados con el Padre(s) y/o la participación del Niño en todas y todos los servicios de los Proveedores.
2. **POR LA PRESENTE EL PADRE(S) RENUNCIA A CUALQUIER RECLAMACIÓN CONTRA LUCY’S LOVE BUS.** Asimismo el Padre(s), aceptan renunciar y liberar cualquier y todo reclamo que el Padre(s), Niños, o sus respectivos herederos, tienen o pueden tener en el futuro, contra Lucy’s Love Bus por las pérdidas, daños, gastos o lesiones, incluyendo la muerte, sufría de, o en conexión con, el Padres(s) y/o la participación del Niños en todas y todos los servicios de proveedores.
3. **POR LA PRESENTE EL PADRE(S) DEBE INDEMNIZAR Y MANTENERSE INOFENSIVO HACIA LUCY’S LOVE BUS.** El Padre(s) por la presente promete indemnizar, reembolsar, defender y mantener inofensivo a Lucy’s Love Bus en contra de cualquier y todos los reclamos y procedimientos legales de ningún tipo que puedan haberse afirmado en el pasado, o puede hacerse valer en el futuro, directamente, incluso daños, costos y honorarios de abogados, que surjan de lesiones personales al Padre(s) y/o el Niño como resultado de la participación en cualquier y todos los servicios de los proveedores.
4. **EL PADRE(S) ACUERDA EL ARBITRAJE EN CASO DE CONFLICTO.** En el caso de que surja una discusión entre el Padre(s) and Lucy’s Love Bus, el Padre(s) acepta que cualquier y todos esos litigios se someterán a un árbitro de mutuo acuerdo de arbitraje de conformidad con la aplicación de la Asociación de Arbitraje de Normas Comerciales Americanos de Arbitraje. El Padre(s) de acuerdo en que este tipo de arbitraje será el acordado de resolución de disputas de todos los asuntos entre las Partes de este Acuerdo. En el caso de que el Padre(s) y Lucy’s Love Bus no pueden ponerse de acuerdo sobre un árbitro cada parte nombrará un árbitro y los árbitros elegidos deberán, a su vez, acordar un tercer árbitro por un completo panel de tres árbitros. La diferencia(s) se resolverán por el árbitro único elegido o el panel y cualquier decisión del árbitro o el panel será final y vinculante y se podrá entablar juicio al respecto.

Cada parte será responsable de su parte de los costos asociados con el arbitraje. En el caso de una parte no proceder con el arbitraje, sin éxito desafía el fallo del árbitro, o no cumple con el fallo del árbitro, la otra parte tiene derecho a costas del pleito legal, incluyendo los honorarios razonables de abogados para tener que recurrir al arbitraje o defender o hacer valer el premio.

1. **EL PADRE(S) POR LA PRESENTE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO A LA PARTICIPACIÓN DEL NIÑO EN LOS SERVICIOS DEL PROVEEDOR.** Tras el examen de los riesgos inherentes a la participación en el Proveedor(s) de servicios, el Padre(s) consiente y autoriza la participación del niño en todas y cada una de tales servicios.

El Padre(s) reconoce la lectura, la comprensión y la aceptación de los párrafos anteriores, incluyendo, pero no limitado a, los números del uno al seis (1-6) y firmar a continuación para unirse a sí mismos, sus hijos menores de edad, sus (y de sus hijos) herederos, sucesores, cesionarios y patrimonio en las condiciones descritas en el mismo. El Padre(s) está de acuerdo en que este documento es una comprensión correcta y no se ha modificado oralmente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso del Padre o Guardián Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso del Padre o Guardián Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha

# **LUCY’S LOVE BUS CHARITABLE TRUST**

# **La Autorización para Utilizar o Divulgar mi Información de Salud**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Nombre del Padre, Madre o Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I. Mi Autorización**

**Usted puede utilizar o revelar la siguiente información sobre el cuidado de la salud (marque todo si corresponde):**

Toda mi información de salud mantenida por la organización antes mencionada.

Mi información de salud en relación con el siguiente tratamiento o condición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi información de salud para la fecha(s):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puede revelar esta información de salud a**:**

Profesionales aprobado por Lucy’s Love Bus

Nombre del facultativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_Código Postal\_\_\_\_\_\_\_

**II. Mis Derechos**

Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hiciera, no afectaría a las acciones ya emprendidas por la organización antes mencionada con base en esta autorización.

Para revocar esta autorización:

* Escriba una carta a nuestro Director en Lucys Love Bus, PO Box 464, Amesbury MA 01913

Una vez que la oficina revela información de salud, la persona o la organización que lo recibe puede volver a revelarla. Las leyes de privacidad pueden no protegerlo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o De La Persona Legalmente Autorizada Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Impreso Si Se Firma En Nombre Del Paciente Parentesco (Padre, Madre, Guardián Legal, Representante Personal, etc.)

Formulario de Autorización Médica para Lucy’s Love Bus

Estimado **Profesional Médico**,

Su paciente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha solicitado una subvención para terapias de integración a través de nuestra organización sin fines de lucro, Lucy’s Love Bus ([www.LucysLoveBus.org](http://www.LucysLoveBus.org)). Antes de la prestación de servicios a los pacientes de oncología pediátrica, se requiere el permiso del médico oncólogo de cabecera del paciente.  
Por favor, consulte las siguientes terapias que apruebe para el paciente anteriormente. Por favor, tome nota de las contraindicaciones y los niveles de plaquetas necesarias para el masaje o la acupuntura.

* Acupresion
* Acupuntura
* Aromaterapia
* Arte/Música terapia
* Cuidados Quiroprácticos
* Terapia Craneosacral
* Danza o Baile
* Gimnasia
* Meditación
* Asesoramiento Nutricional (específico de la oncología)
* Masajes Oncológicos
* Reiki
* Montar a Caballo Terapeutico
* Yoga
* Otra:

Estoy de acuerdo con los tratamientos señalados anteriormente para mi paciente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor regrese a los Padres/Tutores, o al Fax: (857) 277-1807**

**Preguntas: (857) 277-1984 o Jackie@LucysLoveBus.org**

Lucy’s Love Bus Medical Permission Form

Dear **Medical Professional**,

Your patient,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, has applied for a $1,000 grant for integrative therapies through our non-profit organization, Lucy’s Love Bus (www.LucysLoveBus.org). Prior to providing services to pediatric oncology patients, we request medical permission from the patient’s primary oncologist.

Please circle the therapies that you approve for the above patient. Please make note of contraindications, and required platelet levels for massage or acupuncture.

* Acupuncture or acupressure
* Aromatherapy
* Art/Music therapy
* Chiropractic care
* Craniosacral therapy
* Dance
* Gymnastics
* Karate
* Meditation
* Nutritional counseling (specific to pediatric oncology)
* Oncology massage
* Reiki
* Swimming
* Tai chi/Qigong
* Therapeutic horseback riding
* Yoga
* Other:

Please note: All of our partnering practitioners are licensed (when applicable), insured, and pre-screened by our staff.

I approve the therapies marked above for my patient,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Please fax to: (857) 277-1807 or return to parent/guardian**

**Questions: (857) 277-1984 or Jackie@LucysLoveBus.org**