



A Program of
Nevada Childhood
Cancer Foundation



Inscripción para Participantes

Un participante se define como una persona que tiene un diagnóstico de cáncer **Dentro de los últimos 5 años o está actualmente en tratamiento para combatir el Cáncer. También se incluyen personas que han perdido a un ser querido a causa del cáncer en los últimos 6 meses (Solo si fue Cuidador Personal Dia a Dia)**

**Aviso: Este formulario debe utilizarse para registrarse solo en The Caring Place.
Letra debe ser con claridad y legible**

NOMBRE COMPLETO: _____

Teléfono Celular: _____ **Teléfono de Casa:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

¿Podemos dejar un mensaje en su correo de voz? Sí ___ No ___ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ **Parentesco:** _____

Número de Teléfono: _____

Fecha de Diagnóstico del Cáncer: _____

¿Tiene un cuidador? Sí ___ No ___

Nombre: _____

Parentesco: _____

Un cuidador se define como una persona (Con sueldo o sin sueldo) que ayuda a una persona con aspectos de la vida diaria que incluye ayudar con medicamentos, bañarse, vestirse, preparar comidas y citas médicas.

INFORMACION SOBRE SU SALUD:

Esta actualmente en tratamiento contra el cáncer: Sí/No **Tipo:** _____ Chemo _____ Radiación _____

_____ Otra Tipo de Tratamiento Por favor explique:

Médico de Cabecera: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre de Oncólogo: _____ Número de Teléfono: _____

¿Tiene otras condiciones médicas que debemos estar enterados? Si es así, Por Favor Explique:

¿Necesita una silla de ruedas? ___ Andador? ___

Todas las respuestas y declaraciones sobre este registro y cualquier otro material que ha presentado para solicitar como participante en los programas y servicios de The Caring Place son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que The Caring Place puede verificar esta información. Las respuestas falsas o engañosas son motivo de rechazo de este registro.

Firma: _____ **Si es menor de 18 años, Firma de tutor legal:** _____



CONDUCTA PARA PARTICIPANTES DE TCP:

The Caring Place fue creado como un santuario para adultos diagnosticados con cáncer, sobrevivientes de cáncer y sus cuidadores. No se tolerará ninguna forma de conducta que reste un ambiente relajante, libre de estrés, solidaria y enriquecedora.

Como participante de The Caring Place (TCP), usted es responsable de seguir las reglas y pautas de conducta de TCP:

1. TCP es una instalación libre de humo y está prohibido fumar en la propiedad. No hay zonas designadas para fumadores.
2. El chisme y el lenguaje duro hacia los demás es una forma de intimidación y no será tolerado.
3. Camisas, zapatos, pantalones y atuendos casuales/profesionales son aceptables. (Los sujetadores deportivos, trajes de baño y el atuendo destinados a clases especializadas o ropa al aire libre NO son aceptables.
4. Debe respetarse la dirección de los miembros del personal del NVCCF.
5. Los suministros de clase y taller son propiedad de TCP y se proporcionan sin cargo durante las actividades supervisadas. No son las posesiones de ningún voluntario o participante.
6. Estrictamente Prohibido remover cualquier propiedad o posesiones de TCP, no será Tolerado.
7. Los participantes prestarán su atención completa e indivisa a instructores y maestros durante la clase y/o instrucción del taller.
8. No se tolerarán interrupciones, faltas de respeto y lenguaje duro en clase y/o talleres a ningún participante o instructor.
9. A las personas que inicien interrupciones, faltas de respeto y/o lenguaje duro (es decir, amenazas, insultos, o cualquier comentario considerado negativo por la administración) en la propiedad TCP se les pedirá que se vayan inmediatamente y no se les permitirá regresar sin la aprobación de la administración de la Fundación y después de un período de exclusión de tres meses. Este período de tiempo puede fluctuar a discreción de la administración.
10. Los instructores pueden nombrar a un voluntario o "ayudante" durante las clases y talleres. Estas son las únicas personas a las que se les permite asistir al instructor de acuerdo con la dirección del instructor.
11. La fotografía, el vídeo y la grabación de los participantes e instructores no están permitidas en ningún taller terapéutico, clase o evento. Los teléfonos deben ser guardados apropiadamente y no utilizarse durante los talleres, clases o eventos.
12. Se respetará a los participantes que soliciten NO ser fotografiados en clases sociales y reuniones.
13. Con respecto a los instructores y facilitadores, se requiere que participantes lleguen a tiempo a las clases y citas. A discreción de la administración, es posible que la participación en clase será negada a participantes que lleguen tarde.
14. No se tolerará la discriminación.

Con su firma a continuación, usted reconoce que ha leído y acepta seguir las pautas de conducta del participante y entiende que The Caring Place puede rechazar el servicio si no se siguen las normas anteriores.

Nombre del participante

Fecha

Firma

Inicial de empleado de NVCCF



RENUNCIA DE DERECHOS

The Caring Place es un programa de Nevada Childhood Cancer Foundation, una organización sin fines de lucro 501(c)3. La participación en programas, clases y servicios proporcionados o sancionados por Nevada Childhood Cancer Foundation incluye, pero no se limita a la participación en programas como grupos de apoyo, yoga, clases de ejercicio y movimiento, clases de arte, meditación e imágenes guiadas, clases individuales como la Terapia de Masaje, Reiki, Terapia Craneosacral y Reflexología.

Entiendo que la participación en programas, clases o servicios dentro o fuera del sitio es completamente voluntaria. Entiendo que los programas, clases y servicios proporcionados por Nevada Childhood Cancer Foundation no reemplazan tratamiento médico y que los voluntarios que proporcionan programas y sesiones no están capacitados médicamente, ni dan asesoramiento médico. Al firmar este documento reconozco que participar en programas, clases o servicios patrocinados por Nevada Childhood Cancer Foundation puede exponerme a un posible riesgo de lesiones personales. Soy plenamente consciente de este riesgo y por la presente libero a Nevada Childhood Cancer Foundation, su personal, miembros de la junta, patrocinadores de eventos o voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, negligencia o cualquier otra reclamación que surja de o de alguna manera relacionada con mi participación en programas, clases y servicios patrocinados por Nevada Childhood Cancer Foundation. Acepto mantener a Nevada Childhood Cancer Foundation indemne por cualquier lesión personal, daño a la propiedad, negligencia o cualquier otra pérdida que surja de la participación en programas, clases o servicios patrocinados por Nevada Childhood Cancer Foundation.

Como participante, se espera que me comporte respetuosamente y de manera no discriminatoria. Entiendo que mi privilegio de ser participante puede ser revocado en cualquier momento a la sola discreción de Nevada Childhood Cancer Foundation.

Entiendo que es mi responsabilidad consultar con mis médicos antes y con respecto a mi participación en programas, clases o servicios proporcionados o sancionados por la Fundación del Cáncer Infantil de Nevada y que, si tengo o he tenido cáncer, Para obtener Terapia de Masaje, Reflexología, Terapia Craneosacral y Shiatsu, se requiere la aprobación de su Médico. Es mi responsabilidad notificar a Nevada Childhood Cancer Foundation y The Caring Place de cualquier cambio en mi salud, o si mi médico ya no aprueba los servicios mencionados anteriormente. Si cambio de médico, es mi responsabilidad obtener un nuevo Formulario de Aprobación del Médico y presentarlo a Nevada Childhood Cancer Foundation y The Caring Place.

Mi firma debajo es vinculante para esta exención de responsabilidad a partir de hoy y verifica que leo, entiendo y estoy de acuerdo con este formulario.

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono residencial con código de área: (_____) _____ - _____

Teléfono celular con código de área: (_____) _____ - _____

FIRMA: _____

Fecha: _____

Si es menor de **18 años**, los padres o tutores legales deben firmar.

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS, GRABACIONES, FILMACIONES Y/O PUBLICACIONES

Por la presente autorizo a Nevada Childhood Cancer Foundation a fotografiar, grabar o permitir que otras personas me fotografíen o graben mientras participan en un evento de la Fundación del Cáncer Infantil de Nevada y programas patrocinados. Nevada Childhood Cancer Foundation puede utilizar y permitir que otras personas utilicen los medios preparados a partir de tales fotografías o grabaciones para tales fines y de la manera que cualquiera de ellos considere apropiada.

Estoy de acuerdo en que las fotografías, grabaciones o videos pueden ser utilizados para fines incluyendo, pero no limitado a médicos, profesionales de la salud y miembros del público con fines educativos, de relaciones públicas, anuncios de fundaciones y fines caritativos y que dicha difusión puede llevarse a cabo de cualquier manera. Entiendo que este acuerdo es para ayudar a las metas educativas, de relaciones públicas y caritativas y por la presente renuncio a mi derecho a indemnización por tales usos debido a las autorizaciones anteriores, y mis sucesores o cesionarios por la presente liberan y mantienen a la Fundación del Cáncer infantil de Nevada (y a todas y cada una de sus empresas afiliadas, funcionarios, directores, empleados, agentes, representantes, licenciarios y asesores) y celosinas de cualquier reclamación por lesión o compensación actividades autorizadas por este acuerdo. No recibiré compensación financiera o en especie a cambio del uso o la divulgación de las fotografías, grabaciones o medios resultantes. El término "fotografía" utilizado en el acuerdo anterior significa grabar, filmar, fotografiar, en cualquier formato, incluida la fotografía fija, la película, la cinta de vídeo, el disco de vídeo, las plataformas de redes sociales y cualquier otro medio mecánico de grabación y producción de imágenes o sonidos. Entiendo que tengo derecho a solicitar el cese de la fotografía o grabación en cualquier momento.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si es menor de **18 años**, los padres o tutores legales deben firmar.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____



A Program of Nevada Childhood Cancer Foundation

ONCOLOGY CLIENT – MESSAGE INTAKE FORM

NAME: _____ DATE: _____

Diagnosis Date: _____ Type of cancer: _____

Emergency Contact Phone #: _____

PLEASE CHECK, CIRCLE and COMPLETE where noted:

Have you had Massage? YES NO

Are you in Treatment? YES NO Date of your last treatment? _____

Where was the cancer located? _____

Did treatment include removal or radiation of lymph nodes? YES NO

If YES, please describe location on your body: _____

Did your treatment included radiation therapy? YES NO

If YES, please describe location on your body: _____

List TREATMENTS undergone:

List TYPES OF SURGERY and Dates:

_____ DATE: _____
_____ DATE: _____
_____ DATE: _____

Describe your stress level:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Stress Very Stressed

Describe your pain level:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Worst Pain

Do you have site restrictions? Mark all that apply:

Incisions IV Skin sensitivity, rash/skin condition
Open wounds Port Ostomy
Drains or Dressings Catheter Other device: _____

Do you have pressure restrictions due to history or risk of lymphedema? Mark all that apply:

Tumor site Neuropathy Fatigue History/Risk blood clots
Radiation Site Bone/Spine metastasis Infection/fever Phlebitis
Anticoagulants Steroid medication Surgery Area of pain/burning
Low platelet count Fragile Veins Sensitive skin Area of infection

OTHER, please describe: _____ (turn over & complete form)

PRINT YOUR NAME: _____ **INTAKE**

Do you have position restrictions?:

Incision

Tumor site difficulty breathing

Medication

Swelling or risk of swelling

Ostomy

Body areas needing elevation: _____

Medical Devices, please describe: _____

Any Discomfort, please describe: _____

Has cancer or cancer treatment affected any of the following body functions?:

Lungs Heart Blood Counts Nervous System Liver Kidney Energy Level

List current prescribed, over the counter medications, and alternative medications:

Medication

For Condition

Side-effects

Medication	For Condition	Side-effects

SIGNS and SYMPTOMS: Check appropriate box and add comments if you have or had any of the following:

Any swelling or tendency to swell anywhere in your body? _____ NO

Any sites or pain or tenderness anywhere in your body? _____ NO

Any sites of numbness /reduced sensation anywhere in your body? _____ NO

Skin conditions (rashes, infections, itching): YES NO

Known allergies or sensitivities (use physician approved lotion on your skin and provide to massage therapist to use): YES NO

Heart condition, high blood pressure, angina, hardening of the arteries, stroke, varicose veins, blood clots

Kidney failure, hepatitis, portal hypertension, etc.: YES NO

Respiratory Conditions: YES NO Diabetes: YES NO

Injuries to back, knee, disc, neck, recent fractures, or tendonitis: YES NO

Joint Problems: YES NO Digestive Problems: YES NO Surgery: YES NO

Participant Signature / Firma

Date /Fecha

Therapist Signature

Date



Physician's Approval for Adult Participants

My Patient (print patient's name): _____ D.O.B: _____

was diagnosed with (print cancer diagnosis) _____

on the following date _____ and has my approval to receive the following Healing Arts services that I have marked:

Yes No

- MASSAGE THERAPY** - Light to medium pressure to increase circulation & release stress
- Spurgeon Method™** - Breast & upper torso massage to relieve pain, reduce edema, & increase ROM
- CRANIAL SACRAL MASSAGE** - Addresses bones of the head, spinal column, & sacrum
- REFLEXOLOGY** -Light manipulation of feet to relieve stress
- SHIATSU** - Finger pressure massage which includes stretching to help with tight muscles

Physician's Signature

Date

Physician's Name Printed

Office Address

Phone No.

If you are in treatment, this approval form **must** be signed by your medical oncologist.

It is my responsibility, as a participant of The Caring Place, to notify The Caring Place if there is a change in my health and my physician no longer approves the above marked services for me. If I change doctors, it is my responsibility to obtain a new form and present it to The Caring Place.

Participant's Signature

Date

THIS FORM MUST BE FAXED FROM YOUR ONCOLOGY OFFICE TO THE CARING PLACE

The Caring Place is a program of Nevada Childhood Cancer Foundation, a 501 (c) 3 non-profit organization. All services are offered free of charge. The Caring Place is located at 3711 E. Sunset Rd., Las Vegas, NV 89120
Tel: 702.871.7333 Fax: 702. 735.8431 www.nvccf.org Form Update: 8/15/19