



GUÍA DE PLANEACION PARA LOS PROGRAMAS K-12

Formas obligatorias para los programas K-12

Nota: Los programas que incluyen actividades en el University Recreation Center; se requiere formas adicionales dado al igual que los Programas K-12 que se quedaran a dormir.

FORMAS DE EMISION Y DE ACUERDOS
UTRGV- Programas K-12

Nombre del Programa: _____ **Fecha(s) del Programa K-12:** _____

Descripción General del Programa:

Información del estudiante:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información para los padres/guardianes para los participantes menores de 18 años:

Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

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

Número de Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____

Correo electrónico _____ Relación al estudiante: _____

Viajes fuera del Campus (si es aplicable)

Fechas del Viaje:	Lugar (Ciudad, Estado)	Actividades del Viaje
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. _____ Yo soy el/la participante mencionado(a) arriba, y que tiene dieciocho años o más de edad; (o soy el/la padre/guardián del/la participante mencionado(a) arriba y que tiene menos de dieciocho años de edad) y estoy totalmente apto(a) para firmar este acuerdo. He solicitado voluntariamente participar en (o darle permiso al participante para participar en) las actividades mencionadas arriba. Reconozco que los participantes pueden exponerse en peligros o riesgos que podrían resultar en enfermedades, lesiones o incluso la muerte; entiendo y aprecio los riesgos que pueden resultar.

* 2. _____ Estoy de acuerdo en que el/la participante participe totalmente en todas las actividades o en los todos los viajes. Acepto todos los riesgos de salud, lesiones o incluso la muerte que podrían causar dicha voluntad del/la participante. Por lo cual libero a mi hijo(a) a la Institución mencionada arriba, al todo comité gubernamental, a los funcionarios, a los empleados y representantes de la misma, que serán responsables de mis hijos(as). Y que también serán responsables en avisarnos en caso de un incidente o muerte que puede resultar en el/la participante, durante los campamentos o los viajes. También estoy de acuerdo en que nosotros los padres/guardianes seremos responsables en caso de que el/la participante haga un daño a la propiedad o un haga acto negligente o intencional durante su participación en los campamentos o en los viajes.

*3. _____ HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO Y ENTENDEMOS TODAS LAS RECLAMACIONES Y CAUSAS QUE PUEDEN RESULTAR. TAMBIEN ENTENDEMOS QUE LOS PARTICIPANTES PUEDEN SUFRIR ACCIDENTES O INCLUSO LA MUERTE DURANTE LAS ACTIVIDADES O LOS VIAJES. ENTENDEMOS QUE NOS HAREMOS RESPONSABLES Y CARGO DE TODO EL DAÑO A LA PROPIEDAD Y DE CUALQUIER ACTO NEGLIGENTE O INTENCIONAL QUE OCURRA DURANTE LAS ACTIVIDADES O LOS VIAJES.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____ Firma del testigo (UTRGV): _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____ Firma del testigo (UTRGV): _____ Fecha: _____

Reglas para los Participantes de K-12

Es un privilegio ser invitados en el campus de UTRGV y participar en sus programas de campamento de verano. El campo ha adoptado un sistema de no tolerar mal comportamiento del estudiante. Cualquier violación a estas reglas resultará la destitución inmediata del programa.

- Las siguientes normas y reglamentos han sido diseñados teniendo en cuenta la seguridad del estudiante.
 - Los estudiantes deben seguir estas reglas en todo momento o habrá un riesgo de ser destituido del programa.
1. Los estudiantes no pueden salir del campus de UTRGV por cualquier motivo. Si en caso de una emergencia, el/la estudiante puede salir del campus si los padres autorizan su salida. Tenga en cuenta que la persona que recoja el/la estudiante tendrá que presentar identificación apropiada
 2. A los estudiantes no se les permitirá viajar en cualquier vehículo con nadie durante la duración del programa, al menos que sean los vehículos de la Universidad.
 3. Los estudiantes no pueden caminar solo en el campus. Si un(a) estudiante necesita ir a alguna parte, debe de avisar a un asistente de residente (RA), asistente de programa (PA), o al coordinador para escoltarlos.
 4. Los estudiantes deben asistir a todas las actividades, la hora de desayuno, almuerzo y cena. ¡Sin excepciones! Si por alguna razón el estudiante no puede debido a sentirse enfermo, por favor notifique a un asistente de residente (RA), asistente de programa (PA), o al coordinador cuanto antes.
 5. Cualquier medicamento de prescripción, el/la estudiante debe de auto medicarse como se indica en el documento o en la Autorización de los Padres del Prescriptor de los medicamentos. Los medicamentos generales se administrara por el personal del programa y debe de ser autorizada por los padres para poder medicar a los estudiantes.
 6. Los estudiantes no están autorizados a utilizar un teléfono celular durante la clase o durante las actividades. Cualquier uso del teléfono celular que sea disruptiva, será penalizado por el resto del día.
 7. Los estudiantes serán responsables por objetos perdidos o robados como joyas o aparatos electrónicos que lleven al campamento.
 8. Muchos programas requieren zapatos cerrados, como por ejemplo tenis
 9. Estudiantes también deben respetar el código de vestimenta del programa y de vestir ropa adecuada durante todas las clases y actividades del programa K-12. Se tomara acción inmediata, si los problemas persiguen debido a la vestimenta.

Yo _____, estoy de acuerdo en seguir las reglas como se indicó anteriormente y entiendo que al no cumplir con las reglas puede resultar en mi destitución inmediata del programa de verano en UTRGV.

Firma de Participante

Fecha

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Autorización de los padres para proteger a los participantes de los programas K-12

El personal del programa K-12 de UTRGV sigue normas estrictas para asegurar que los participantes no estén sujetos al abuso sexual, mientras que participen en el campamento. Los padres pueden reportar sin excepción al Daniela Venegas, Gestora de Apoyo a los Programas para Jóvenes, al 956-665-2522 (teléfono campus) o Minorsoncampus@utrgv.edu en el siguiente enlace <http://www.utrgv.edu/camps/inquiry/formpage/index.htm> en caso que pase una situación de abuso sexual en caso que pase una situación de abuso sexual.

Las siguientes normas deben de ser seguidas estrictamente:

- El personal del programa K-12 será limitado al contacto físico con los participantes.
 - Ellos no serán permitidos tener peleas con los estudiantes, hacerles cosquillas, permitir que se sienten en su regazo, o darles abrazos (excepto abrazos ocasionales de hombro con hombro), etc.
- Interacción de uno-a-uno (personal-participante) será limitado
 - En cualquier actividad del programa, siempre habrá dos miembros del personal cuidando a los participantes.
 - Esta prohibido que el personal del programa K-12 se relacionen con los participantes, como dar regalos inoportunos o intercambiar números de celular o intercambiar cuentas de redes sociales
- El contacto entre el personal o los voluntarios del programa y los jóvenes
 - El personal los voluntarios y los jóvenes tienen prohibido organizar actividades o juntarse fuera de las actividades del programa K-12. El personal del programa o los voluntarios no deben de ponerse en contacto con los jóvenes fuera de las actividades del programa.
- Vestimenta Adecuadamente
 - El personal del programa K-12 debe de vestirse adecuadamente en todo momento y en cualquier actividad del programa.
 - Los participantes del programa también deben de vestirse adecuadamente.
- Respetar la privacidad
 - El personal del programa debe de respetar la privacidad de los participantes; como en situaciones de tener cambiarse la ropa o tomar una ducha. Sólo en situaciones de emergencia un adulto será permitido en un área donde los niños estén desvestidos.
- El personal del campamento/voluntario deben de enseñar modales de comportamiento adecuado con los participantes en cualquier momento.
 - Ellos usarán discreción en discusiones personales o privadas que los participantes comparten, y nunca discutirán o preguntaran a los participantes acerca de las experiencias sexuales.

Nombre del Campamento

Nombre del Participante

Firma del Padre/Guardián

Fecha

INFORMACION CONFIDENCIAL MÉDICA PARA EL SOLICITANTE

Nombre del programa K-12: _____

Fecha(s): _____ Horario(s): _____

PORFAVOR DE LEER LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE.

COMO PADRE O GUARDIAN ENTIENDO QUE: La información solicitada en este formulario está destinada para ayudar a informar al personal de cualquier condición médica pre-existente. Si su hijo(a) tiene una condición médica pre-existente, la participación en cualquier momento recreativo no es recomendada. **Esta información se mantendrá confidencial y sólo será compartida con su permiso.** A continuación, UTRGV solicita que llenen la información adecuada para cualquier caso de emergencia. En caso que tengamos la información precisa, la Institución se hará cargo en suministrar o buscar el tratamiento adecuado para el participante. Usted es responsable de proporcionar un historial médico preciso. **La determinación final sobre si participara o no es responsabilidad de usted y de su médico.** Si usted tiene cualquier problema médico que no se solicita a continuación, pero que cree que es importante, por favor incluya esa información.

1ª PARTE: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Solicitante: _____ Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F

Nombre del Padre/Guardián: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Por favor de anotar dos contactos de emergencia.

1er Contacto de Emergencia	Nombre	Número telefónico	Teléfono del Trabajo	Celular	Relación
----------------------------	--------	-------------------	----------------------	---------	----------

2do Contacto de Emergencia	Nombre	Número telefónico	Teléfono del Trabajo	Celular	Relación
----------------------------	--------	-------------------	----------------------	---------	----------

PARTE 2: INFORMACIÓN MÉDICA

Se recomienda que consulte con un médico antes de participar en este Programa K-12 en UTRGV. Si usted no está seguro acerca de cualquier condición médica pre-existente, es su responsabilidad consultar con su propio médico antes de participar en este programa. Por favor, conteste todas las preguntas. Si su respuesta es sí a cualquiera de estas preguntas, por favor explique cómo se indica. Utilice hojas adicionales si es necesario.

Nombre de Medico: _____ Número telefónico: _____

¿Estás al día con las vacunas requeridas por la escuela (circule uno) Sí No

Si está participando en un campamento durante la noche, se requerirá una copia de su tarjeta de vacunas.

¿Tiene seguro de salud/accidente (circule uno) Sí No En caso afirmativo, indique el número de póliza, nombre y dirección de la compañía. Por favor, incluya una copia de la parte trasera y delantera de su tarjeta de seguro:

Nombre de la Empresa/Dirección _____ Número de póliza: _____

Para lo siguiente, circule la respuesta apropiada y explique según corresponda

¿El estudiante tiene alguna condición médica limitante que usted o su médico sienta que limitaría la participación en el programa?

Sí No En caso afirmativo, identifique y explique:

¿Actualmente el estudiante toma medicamentos que puedan interferir con la capacidad de participar de manera segura en el programa? Sí No En caso afirmativo, identifique y explique:

¿El estudiante no tiene un historial de alergias o reacciones hacia medicamentos, picaduras de insectos o plantas? Sí No En caso afirmativo, identifique y explique:

¿El estudiante no tiene un historial que actualmente sufra de condiciones médicas, que deberíamos tener en cuenta? Sí No En caso afirmativo, identifique y explique:

3ra PARTE. AUTORIZACIÓN PARA CUIDADOS MÉDICOS

En caso de cualquier emergencia o cualquier arreglo previo, si se requiere necesidad médica el participante será tratado y enviado al hospital más cercano. En caso de viajar fuera de la escuela, un personal calificado del programa será seleccionado en darle la atención necesaria al participante. También, en caso que sea necesario la atención médica, los padres serán contactados inmediatamente para su aprobación. Sin embargo, antes de que se pueda proporcionar tratamiento médico, estamos obligados a tener una autorización médica firmada por los padres. Las instalaciones médicas no realizarán servicios medicamentos a menos que este formulario sea firmado.

_____ (Nombre de Participante) tiene mi permiso para recibir atención médica en caso de enfermedad o emergencia médica durante su participación en el program K-12 en UTRGV. Voy a asumir la responsabilidad financiera por cualquier costo de atención médica que pueda ocurrir durante este programa.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE: Como participante, entiendo que mi padre o guardián, al no revelar o explicar la información adecuada del estudiante, será responsable en caso de un daño hacia mi persona u otros participantes durante el programa. Al firmar mi nombre declaro y garantizo que he proporcionado todos los materiales e información importante sobre el estado de salud, condición física y mental de mi hijo(a) a UTRGV. Estoy de acuerdo en notificar a UTRGV de cualquier cambio del estado mental, físico o médico de mi hijo antes del programa K-12.

Al revelar o divulgar la información médica sobre mi hijo(a) no será utilizada por el personal de UTRGV o empleados para determinar la capacidad de mi hijo en participar con seguridad en todas las actividades. Entiendo que, si mi hijo(a) decide participar en las actividades, él/ella lo hace voluntariamente y de su propia voluntad y la decisión final en cuanto a la participación es responsabilidad exclusiva de mí mismo y mi hijo(a).

SE REQUIERE LA FIRMA:

_____ Nombre del Estudiante	_____ Firma del Estudiante	_____ Fecha
_____ Nombre del Padre/Guardián	_____ Firma del Padre/Guardián	_____ Fecha
_____ Nombre de Testigo (UTRGV)	_____ Firma de Testigo (UTRGV)	_____ Fecha

EL PADRE O GUARDIAN DEBE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO PARA UN MENOR DE 18 AÑOS

PROGRAMA K-12 DE UTRGV: PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Nombre del Programa : _____

Fecha(s): _____ Horario (s): _____

Información del Estudiante

Nombre del estudiante: _____ Nombre de Padres/Guardianes: _____

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

Numero de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico _____

____ No, mi hijo no necesita tomar cualquier medicamento de prescripción, mientras que participe en el programa (si no, pase a la sección C).

____ Sí, mi hijo tendrá que tomar medicamentos recetados, mientras que participe en el programa K-12.

Esta forma debe ser llenado completamente para que puedan administrar el medicamento y los participantes auto medicarse ellos mismos. Por cada campamento que el\la participante asista, debe de llenar y completar una nueva forma de administración de medicamentos. También en caso de cambiar la dosis o el medicamento, el padre o guardián debe de llenar la forma nuevamente. Se requiere una autorización de salud (prescripción) y la firma de los padres.

- Los medicamentos recetados deben de estar en su envase original, etiquetado por el farmacéutico o el prescriptor. La etiqueta debe incluir el nombre, dirección y número de teléfono para el farmacéutico o el prescriptor.
- Los contenedores deben contener sólo la cantidad necesaria para el momento que estén presentes en el campamento.
- Todos los medicamentos recetados, incluyendo medicamentos para enfermedades tales como alergias a los alimentos, drogas o insectos; diabetes; asma; o la epilepsia, puede atender el campamento, con la condición de que el\la participante puede cuidarse si mismo. También la entrega de medicamentos debe tener una autorización por escrito por un profesional de la salud o doctor para administrarlo en el campamento.

A.AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA LA AUTO-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRIPTIVOS

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Condición para la que se administra la medicación: _____

Direcciones específicas (por ejemplo, con el estómago vacío/con agua, etc.) _____

Tiempo/frecuencia de administración: _____

Si PRN, frecuencia: _____

Si PRN, por a cuales síntomas: _____

Efectos relevantes: _____

La medicación se administra desde _____ to _____

Requisitos especiales de almacenamiento: _____

¿Es capaz de cuidado autogestionado? _____

Nombre/Título del Doctor o Farmacéutico: _____ Lugar de empleo del Doctor o Farmacéutico: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Declaro que este individuo ha administrado correctamente los medicamentos prescritos (s)

Firma del Medico: _____ Fecha: _____

B. AUTORIZACIÓN, RENUNCIA Y CONSENTIMIENTO PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRIPTIVOS

Yo autorizo y recomiendo la automedicación de mi hijo (a) para el medicamento mencionado arriba. También afirmo que él/ella ha sido instruido auto medicarse de los medicamentos prescritos por su médico. Estaré consiente de cualquier reclamación de la Institución, el comité gubernamental, los funcionarios, los empleados y los representantes que pueda surgir en relación a los medicamentos recetados por mi hijo(a).

Yo / Nosotros tenemos autoridad legal para dar de su consentimiento para el tratamiento médico de la persona nombrada anteriormente, incluyendo la administración de medicamentos.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Telefónico _____ Celular _____ Teléfono del trabajo _____

C. AUTORIZACIÓN, RENUNCIA Y CONSENTIMIENTO PARA PADRE / GUARDIAN

Los medicamentos generales (OTC) pueden ser administrados, bajo la aprobación del padre o guardián del participante . Por favor complete la siguiente sección para ahorrar tiempo si su hijo necesita cualquiera de estos medicamentos generales durante su estancia. Nota: A menos que no tengamos autorización de los padres, no podemos administrar cualquier medicamento.

____ No, mi hijo no necesita tomar cualquier medicamento general, mientras que este en el Programa K-12.

____ Sí, mi hijo tiene que tomar medicamentos generales, mientras que este en el programa (en caso afirmativo, complete la siguiente sección:

Por la presente, Yo autorizo que los siguientes medicamentos pueden ser administrados para _____ (Nombre del participante) en caso de necesidad. Puede distribuir únicamente aquellos que estén marcados.

____ Las pomadas para el cuidado de heridas menores, primeros auxilios según las indicaciones. (Antiséptico, anti-picazón, anti-pinchazo, antibióticos, quemaduras de sol)

____ Tylenol/Acetaminophen según las indicaciones

____ Aspirinas/Ibuprofeno según las indicaciones

____ Pastillas para la garganta o al aerosol, como según se indiquen para el dolor de garganta.

____ Micatin u anti-hongos tratamiento según las indicaciones para el pie de atleta

____ Kaopectate o Imodium para la diarrea como se indique.

____ Leche de Magnesias, Pepto Bismol o Mylanta para el malestar estomacal o náuseas según las indicaciones.

____ Roloids o Tumors para el reflujo ácido, ardor de estómago o indigestión como se indique.

____ Benadryl para la hinchazón, urticaria, reacción alérgica, como se indique

____ Actifed o Sudafed según como se indique para la congestión nasal o alivio de la alergia según las instrucciones.

____ Visine u otras gotas para los ojos de la irritación ocular leve.

____ Medicamentos para los labios agrietados secos, ampollas labiales o aftas como se indica.

____ Gotas para los oídos

____ Hidrocortisona, según las indicaciones para las irritaciones leves de la piel, la hiedra venenosa y las picaduras de insectos.

____ Polvo medicado para irritación de la piel según las indicaciones.

____ Robitussin u otro jarabe para la tos como se indique.

____ La loción de calamina para picaduras de insectos y la hiedra venenosa.

____ Protección solar

____ Repelente de insectos

____ Otro (indicar los demás medicamentos aprobados) _____

El personal del programa tiene el derecho de proporcionar los medicamentos mencionados arriba cuando se necesiten

Entiendo que dicha administración no se llevará a cabo bajo la supervisión de un médico. También estoy de acuerdo que cualquier tratamiento de primeros auxilios puede ser administrado como sea necesario.

Cualquier condición que se asocie con fiebre e inflamación, si el tratamiento no responde correctamente se les avisara inmediatamente a los padres para cualquier duda. En caso que no esté marcado alguno de los medicamentos anteriores y si las condiciones requieren alguno(s) de estos medicamentos, El padre o guardián será contactado para autorizar el medicamento.

Entiendo que estos medicamentos no son necesariamente mantenidos a la mano y disponible para ser administradas inmediatamente.

Autorizo la administración de medicamentos generales sin receta para mi hijo(a) como se indicó anteriormente. Estaré consiente de cualquier reclamación de la Institución, el comité gubernamental, los funcionarios, los empleados y los representantes que pueda surgir en relación a los medicamentos recetados por mi hijo(a).

Yo / Nosotros tenemos autoridad legal para dar de su consentimiento para el tratamiento médico de la persona nombrada anteriormente, incluyendo la administración de medicamentos.

Padre/tutor Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono de su casa _____ teléfono celular # _____ Teléfono del trabajo _____

Universidad de Texas Rio Grande Valley

[Nombre del PROGRAMA K-12]

Lista de Autorización de Salida

Reglas: Los participantes no se les permiten salir de la escuela con nadie si no están autorizados previamente por sus padre(s) o guardián. Con el fin de garantizar la seguridad de su hijo / hija, por favor de proporcionar al programa una lista de nombres que usted (padre o guardián) apruebe para recoger a su hijo/hija en caso de una emergencia, en caso de no poder recoger a su hijo\hija usted mismo.

Name/Nombre	Relation/Relación	Address/Dirección	Phone/Teléfono
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Se requerirá presentar una forma de identificación con foto o tarjeta de autorización de recoger los campistas.

Yo, _____, padre o guardián de _____, por la presente autorizo al personal del programa K-12 de UTRGV de liberar a mi hijo / hija a las personas mencionadas en esta forma, y estoy de acuerdo que los empleados de UTRGV (Programa K-12) no tienen la responsabilidad de dejar ir o dejar en liberación a mi hijo / hija. Entiendo perfectamente que una vez que mi hijo / hija se libera a cualquiera de las personas mencionada en esta forma, será su responsabilidad y no del programa para garantizar la seguridad y el bienestar del participante.

* Nota: Si usted tiene preocupaciones acerca de las circunstancias especiales o de recoger a su hijo por favor hable con el director del Programa.

Nombre de Padre o Guardián

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Autorización para la información del Estudiante, Fotografías y Videos

INFORMACION CONFIDENCIAL

La información personal que usted proporcione a UTRGV se guardará en las oficinas del programa. Tal información está protegida por los Derechos de Educación de la Familia y la Ley de Privacidad de 1974.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN ACERCA DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, autorizo a UTRGV de proporcionar datos oficiales, calificaciones y otros
Padre o Guardián

datos de mi hijo(a) _____ a UTRGV con fines de evaluación. También, autorizo al equipo de trabajo a proporcionar tales datos a otras instituciones con propósitos de admisión, planeación educativa y desarrollo del programa.

- No, no estoy de acuerdo** con las condiciones mencionadas.
- Sí, si estoy de acuerdo** con las Condiciones mencionadas.

AUTORIZACIÓN PARA USO DE FOTOGRAFÍAS Y VIDEO

Yo, _____, autorizo a UTRGV a usar fotografías de mi hijo(a) con propósitos de
Padre o Guardián

promoción, reclutamiento, e información en forma de cartas, periódicos, folletos, volantes, revistas, comerciales, noticias, documentales, videos promocionales, y/o cualquier otro tipo de medio informativo que requiera nuestra presencia en fotografías.

- No, no estoy de acuerdo** con las condiciones mencionadas.
- Sí, si estoy de acuerdo** con las condiciones mencionadas.

FIRMA DE PADRES/GUARDIÁN PARA CONDICIONES MENCIONADAS

Firma de Padres o Guardián

Fecha