

**RELEASE AND INDEMNIFICATION AGREEMENT FORM**  
**UTRGV CELLO FESTIVAL**

**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: \_\_\_\_\_

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.

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

## UTRGV CELLO FESTIVAL: INFORMACION MÉDICA PARA EL SOLICITANTE

Fecha(s) del Programa: sábado, 6 de abril de 2024

### 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
----------------------------	--------	-------------------	----------------------	---------	----------

### 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 Estudiant	Firma del Estudiante	Fecha
----------------------	----------------------	-------

Nombre del Padre/Guardián	Firma del Padre/Guardián	Fecha
---------------------------	--------------------------	-------

Nombre de Testigo (UTRGV)	Firma de Testigo (UTRGV)	Fecha
---------------------------	--------------------------	-------

# **UTRGV CELLO FESTIVAL**

## ***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.

<b>Nombre</b>	<b>Relation/Relación</b>	<b>Address/Dirección</b>	<b>Phone/Teléfono</b>
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>3.</b>			
<b>4.</b>			
<b>5.</b>			

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 las 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.

### 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.

**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*