



# 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

## 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 participa 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

# **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.

<b>Name/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 responsabilidades 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*