

## Solicitud de Programas de Verano Educación para Migrantes de Georgia

Complete la solicitud en un idioma, inglés o español. **Si solicita varios programas, deberá enviar una solicitud por separado para cada uno.**

Por favor, marque:

- Programa de Verano de Escuela Intermedia en Georgia Southern Universidad, **2 al 7 de junio de 2024**  
 Academia de Liderazgo de Verano de Escuela Secundaria en Valdosta State Universidad, **2 al 9 de junio de 2024**  
 Programa de Escuela Secundaria at Universidad de Georgia, **24 al 28 de junio de 2024**

**Indique si ha participado en uno o más de los programas de verano en años anteriores.**

Escuela secundaria en GSU  Escuela secundaria en VSU  Escuela preparatoria en VSU

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Condado: \_\_\_\_\_ Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F / O Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Talla de Camiseta: \_\_\_\_\_

Madre/Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Madre/Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección de envió: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico de los padres/tutor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/tutor \_\_\_\_\_  
Celular/Casa Trabajo

Número de teléfono del estudiante: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Teléfono

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Teléfono

1562 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, GA 30334 • www.gadoe.org



Si mi hijo/a \_\_\_\_\_ es seleccionado/a, doy permiso para que para participar en el siguiente programa de verano para migrantes patrocinado por el Departamento de Educación de Georgia, Programa de Educación para Migrantes.

Por favor, haga una lista de las alergias, la salud o las restricciones dietéticas que afectan a su hijo. Incluya una lista de los medicamentos que su hijo esté tomando actualmente.

---

---

---

---

---

Entiendo que como parte de este programa, mi hijo participará en varias actividades diferentes que incluirán clases académicas, actividades físicas, orientación profesional, desarrollo de habilidades de estudio, seminarios de consejos para tomar exámenes y exposición a diferentes culturas e interacciones sociales.

Como resultado de participar en estas actividades, entiendo y reconozco que existen riesgos de daños a la propiedad y de lesiones corporales o personales para mi estudiante. Entiendo que los riesgos que mi estudiante puede encontrar incluyen, pero no se limitan a, moretones, cortes, torceduras, desgarres musculares, hernia, huesos rotos, agotamiento por calor, hipotermia, conmoción cerebral, ahogamiento, picaduras de insectos, exposición a sustancias tóxicas, ser expuesto a actividades criminales, lesiones causadas por animales salvajes y muerte, así como otros riesgos que pueden no ser anticipados. Asumo voluntariamente todos y cada uno de los riesgos relacionados con estas actividades.

**Tratamiento de emergencia**

En caso de enfermedad o accidente, solicito que el personal se comuniquen con los contactos de emergencia proporcionados en este formulario. Si no se puede contactar a los contactos de emergencia después de un intento razonable, autorizo al personal a buscar atención médica de emergencia o tomar otras medidas que consideren necesarias para proteger el mejor interés de mi estudiante. Si mi estudiante es llevado para tratamiento médico de emergencia, por este medio autorizo al médico tratante a administrar el tratamiento de emergencia que él /ella considere apropiado, y acepto pagar cualquier gasto resultante.

Por la presente, indemnizo y eximo de responsabilidad a GaDOE, la Junta Estatal de Educación, el Estado de Georgia y sus empleados, funcionarios, directores, agentes, cesionarios o sucesores de dichas partes (denominados colectivamente "el Estado") de todas las responsabilidades, derechos, reclamos, daños y acciones por lesiones y pérdidas sufridas a la persona o propiedad de mi estudiante como resultado de, que surjan de, o que estén de alguna manera conectados a la participación de mi estudiante en el programa de verano para migrantes. En caso de que sea necesario que el Estado, o

1562 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, GA 30334 • www.gadoe.org



alguien que actúe en nombre del Estado, incurra gastos y/o tarifas de abogado para hacer cumplir esta liberación, o cualquier parte de la misma, acepto indemnizar y eximir al Estado de responsabilidad por dichos gastos y tarifas de abogado.

Además, indemnizo y eximo de responsabilidad a cualquier patrocinador o parte afiliada, incluidos sus empleados, funcionarios, miembros, agentes, voluntarios y contratistas del programa de verano para migrantes.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\* NOTA \*\***

**TRANSPORTE.** Los padres / tutores legales son responsables de llevar a su(s) hijo(s) al campus universitario el día de la inscripción y recogerlos el último día. Los empleados del Departamento de Educación de Georgia **no proporcionarán** transporte hacia o desde un campo universitario.

**CONDUCTA EN EL CAMPAMENTO:** Todos los estudiantes serán supervisados adecuadamente en todo momento sin excepción. Los consejeros de la Universidad Estatal trabajarán con su estudiante para garantizar que se sienta seguro y tenga una experiencia positiva. Para ayudar a que esta sea la mejor experiencia posible, hable con su estudiante sobre el comportamiento adecuado. El comportamiento agresivo como peleas, juegos bruscos, amenazas y acoso no será tolerado y puede resultar en el despido de su hijo del campamento.



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE GEORGIA  
ESTADO DE GEORGIA CONDADO DE FULTON  
FORMULARIO DE COMUNICADO DE PRENSA PARA MENORES**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ ("Participante")

1. En consideración de la oportunidad ofrecida al participante identificado anteriormente de participar en el programa identificado anteriormente, otorgo al Departamento de Educación de Georgia ("GaDOE"), el productor y propietario del Programa:
  1. El derecho a fotografiar, grabar y reproducir la imagen, voz y/o semejanza del participante en relación con el programa perpetuamente;
  2. Todos los derechos de uso, propiedad y derechos de autor de dichas fotografías, grabaciones y reproducciones;
  3. El derecho a distribuir tales fotografías, grabaciones y reproducciones sin limitación por ningún medio; y
  4. El derecho a utilizar dichas fotografías, grabaciones y reproducciones y, si es necesario, el nombre y la información biográfica del Participante para promover el Programa.
2. Entiendo que ni yo ni el participante seremos compensados monetariamente o de otra manera.
3. Libero a GaDOE, a sus empleados y asignados, y al sistema escolar local y sus empleados, y sus asignados de toda responsabilidad por cualquier reclamo de mí, el participante o cualquier otra persona que surja en relación con el programa.
4. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a GaDOE a favor y en contra de todas las reclamaciones del participante que surjan en relación con el programa o esta extensión, y por todos los costos o daños que resulten de la retracción por parte del participante de esta exención.
5. Certifico que soy el padre del participante o que estoy legalmente autorizado para otorgar esta autorización.

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ACUERDO DE PARTICIPACION DE VSU Y FORMULARIO DE EXCENCION PARA MENORES**

**INFORMACION DEL PROGRAMA/ACTIVIDAD**

Nombre del Programa \_\_\_\_\_

Fecha(s) \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PARTICIPANTE**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección (incluye ciudad/estado/código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Padre/ Tutor \_\_\_\_\_

**LIBERACION, RENUNCIA A RESPONSABILIDAD Y PACTO DE NO DEMANDAR**

Yo (Nombre) \_\_\_\_\_, el padre o tutor legal del Participante, (Nombre del Menor) \_\_\_\_\_, por la única consideración, cuya suficiencia se reconoce por la presente, del derecho a participar en el evento o programa descrito como \_\_\_\_\_ (el Programa), por la presente acepta lo siguiente en relación con el Programa.

Doy mi consentimiento total y voluntario a la participación de mi hijo en el Programa. Por la presente, reconozco mi conciencia de que la participación en el Programa puede exponerme a mí / a mi hijo(a) al riesgo de daños a la propiedad, lesiones corporales o personales. La participación podría incluir ciertas actividades físicas como, entre otras, campamentos atléticos, programas después de la escuela, campamentos de ciencias, campamentos de música, actividades de enriquecimiento, natación, campamentos nocturnos, levantamiento, cruce de calles, estacionamientos, transporte universitario e intersecciones. Entiendo que los riesgos que yo / mi hijo(a) pueden encontrar incluyen, entre otros, accidentes de transporte, lesiones por caídas, lesiones en condiciones climáticas adversas, golpes, moretones, cortes y abrasiones, distensiones musculares y esguinces, y exposición a enfermedades contagiosas que pueden causar la muerte, así como otros riesgos que pueden no ser previsibles. Asumo a sabiendas y libremente todos y cada uno de estos riesgos. Soy consciente de que Valdosta State University no garantiza la condición o adecuación de ningún equipo, local, vehículo, piscinas o modo de transporte para ningún propósito.

A cambio de que se me permita participar en el Programa, por la presente libero y descargo para siempre y acepto indemnizar a la Universidad Estatal de Valdosta, la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia, sus miembros individualmente y sus funcionarios, agentes y empleados de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, derechos, gastos, acciones y causas de acción, de cualquier tipo, que surja de o por razón de cualquier lesión personal, lesión corporal, daño a la propiedad o las consecuencias de los mismos, ya sean previsibles o no, que resulten de o estén relacionadas de alguna manera con mi participación en el Programa. Además, hago un pacto y acepto que, por la consideración mencionada anteriormente,

eximiré de responsabilidad para siempre y no emprenderé acciones legales contra la Universidad Estatal de Valdosta, la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia, sus miembros individualmente y sus funcionarios, agentes y empleados por cualquier reclamo por daños que surjan o surjan de mi participación en esta actividad, ya sea causada por negligencia o de otra manera.

Entiendo que la aceptación de esta Liberación, Renuncia de Responsabilidad y Pacto de no demandar no constituirá una renuncia, en su totalidad o en parte, de inmunidad soberana por parte de la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia, sus miembros, funcionarios, agentes y empleados.

Certifico que entiendo y he leído lo anterior detenidamente antes de firmar. Reconozco y represento que firmo libre y voluntariamente este Acuerdo, y que es mi intención expresa que este Acuerdo vincule contractualmente a mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, y a los herederos, albaceas, administradores y cesionarios de mi hijo(a), así como a mí y a mi hijo(a).

**Fotografía y video de lanzamiento:**

Doy a la Universidad Estatal de Valdosta y a la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia, el derecho y el permiso para usar, reproducir, editar, exhibir, proyectar, mostrar, derechos de autor y / o publicar las imágenes, semejanzas y grabaciones de mi hijo(a) / mi hijo(a) en las que yo / mi hijo(a) pueda ser incluido en la totalidad o en parte, desarrollado durante la participación en el Programa / Actividad y posteriormente, y hacer circular el mismo en todas sus formas y medios para cualquier propósito lícito. Mi consentimiento incluye, pero no se limita a, imágenes, semejanzas y grabaciones que pueden considerarse registros educativos bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974 ("FERPA").

Entiendo y acepto que la imagen, imagen o grabación de mi hijo(a) se convertirá en parte del archivo de fotografía y / o grabación [de la institución] y que puede distribuirse a otras organizaciones o individuos para su uso en cualquier publicación, medio o tecnología ahora conocida o desarrollada en el futuro para cualquier propósito legal sin mi permiso adicional. También entiendo que no recibiré ninguna compensación en relación con el uso de mi imagen / la de mi hijo(a).

Por la presente, renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar la imagen, imagen o grabación de mi hijo(a) o cualquier material terminado que lo incorpore. Además, libero, descargo y acepto eximir [a la institución] y a la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia, sus licenciarios, sucesores, representantes legales y cesionarios de cualquier responsabilidad por violación de cualquier derecho personal o de propiedad que pueda tener junto con dichas imágenes, semejanzas e imágenes y con el uso de las mismas. Además, reconozco y acepto que la Universidad Estatal de Valdosta y la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia y sus miembros, sus funcionarios, agentes y empleados no serán responsables de dicha imagen, imagen o grabación por parte de terceros que accedan a ella a través de Internet o cualquier otro medio.

\_\_\_\_\_ Si, concedo permiso para que la imagen, imagen o grabación de mi hijo / se use en cualquier forma en la que mi hijo esté participando.

\_\_\_\_\_ No, no concedo permiso para que la imagen, semejanza o grabación de mi hijo se use en ninguna forma, a menos que sea necesario para la administración del programa en el que participa mi hijo.

Padre/Tutor

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

Padre/Tutor

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

## VALDOSTA STATE UNIVERSITY CÓDIGO DE CONDUCTA PARA EL PARTICIPANTE

Nombre del programa /actividad /campamento: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia o representante legal (Nombre Impreso): \_\_\_\_\_

El Programa ha establecido reglas y estándares de conducta para todos los participantes. Es responsabilidad del padre de familia o representante legal y del participante revisar las reglas y las normas de conducta del programa. Los participantes despedidos no califican para el reembolso de las costos o gastos. El padre de familia o representante legal es responsable por todos los costos asociados con el retiro del participante del Programa por causa de su mala conducta, incluyendo, pero no limitándose, a los costos del transporte para regresar al participante a su casa.

### **Expectativas de Comportamiento y Conducta:**

1. Se espera que los participantes sean respetuosos con los demás. No se tolerará ningún acto violento, incluyendo el abuso sexual o el acoso. Las novatadas o actos de iniciación de cualquier tipo están prohibidas. Se prohíbe el hostigamiento o *Bullying*, incluido el acoso verbal, físico y cibernético.
2. Está prohibido el uso inapropiado de cámaras, imágenes y dispositivos digitales, incluyendo el uso de esos dispositivos en duchas, baños u otras áreas donde los participantes esperan privacidad.
3. Está prohibida la posesión o el uso de alcohol y otras drogas, fuegos artificiales, armas de fuego y otras armas.
4. El uso de productos de tabaco está prohibido en todas las premisas propiedad de la Universidad.
5. El uso indebido o daño a la propiedad de la Universidad está prohibido. Se evaluarán cargos en contra de aquellos participantes que sean responsables del daño o mal uso de la propiedad de la Universidad.
6. No se tolerará ningún robo a la propiedad privada, independientemente del dueño.
7. La conducción de un vehículo motorizado de la Universidad por parte de menores está prohibida cuando asisten al programa.
8. El estacionamiento del personal y de los vehículos participantes deben estar de acuerdo con las normas de estacionamiento de la Universidad.
9. Las reglas y procedimientos que rigen cuándo y bajo qué circunstancias los participantes pueden salir de la propiedad de la Universidad durante el programa los debe explicar el administrador del Programa y comunicarlo por escrito a los participantes del programa, al personal y al coordinador de los menores.
10. Cualquier adulto autorizado o personal del programa u otro informante obligado que, bajo la ley de Georgia, tenga motivos razonables para creer que se sospechó un abuso infantil, deberá denunciar inmediatamente el posible abuso al Departamento de Policía de Valdosta State University y al supervisor o administrador del programa apropiado que sea capaz de tomar acción inmediata. (El USG además espera que cualquier otro empleado de USG, sea o no un informante obligado, también informará apropiadamente la sospecha de un abuso infantil). La institución debe asegurarse de que la División de Servicios Familiares e Infantiles sea notificada inmediatamente del sospechado abuso y en ningún caso más de 24 horas después de que el adulto autorizado o personal del programa, (u otro informante) tuvo primero una causa razonable para sospechar del abuso.
11. Si el adulto autorizado cree que el administrador del Programa y/o el coordinador de menores pueden estar involucrados en las acusaciones de asalto o abuso, se debe informar directamente a la Policía de la Universidad.

**ACUERDO PARA EL PARTICIPANTE**

Entiendo que, como condición para participar en el Programa, debo cumplir con las normas y estándares de conducta y seguir todas las instrucciones razonables del personal del Programa. El incumplimiento de las normas y de los estándares de conducta o el incumplimiento a las instrucciones razonables del personal puede resultar en mi retiro del Programa.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

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

**ACUERDO PARA EL PADRE DE FAMILIA O REPRESENTANTE LEGAL**

Entiendo que mi niño/a estará sujeto a las reglas y estándares de conducta del Programa, de Valdosta State University y del Sistema Universitario de Georgia. Además, entiendo que la violación a las normas y estándares de conducta por parte de mi niño/a o el incumplimiento a la dirección razonable del personal puede resultar en su retiro del Programa. Acepto la responsabilidad de todos los costos asociados con el retiro de mi niño/a, incluyendo, pero no limitándose, a los costos de transporte para regresar el participante a su casa. Entiendo que los participantes retirados del Programa no califican para reembolso de costos o gastos.

Firma del padre de familia o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Universidad Estatal de Valdosta Autorización de Recogido**

**I. Información personal** (por favor imprimir)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia / Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Celulares: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (s): \_\_\_\_\_

**II. Autorizado para Recoger**

Por favor, indique cualquier persona que está autorizada para recoger a su hijo, incluido usted mismo. Cada persona autorizada debe tener al menos 16 años de edad. El niño mencionado anteriormente, no se le permitirá salir del programa con cualquier persona que no está en la lista a continuación. Las personas autorizadas deben recoger al niño en persona y puede ser solicitado a mostrar una identificación para el personal del programa. Los niños no se darán a conocer a las personas que no presenten una identificación aceptable a petición.

Autorizo a las siguientes personas responsables para recoger a mi hijo del programa (adjuntar páginas adicionales si es necesario):

Persona autorizada	Número de teléfono	Relación hacia el niño
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tenga en cuenta que los niños deben ser recogidos por los horarios establecidos. Si un adulto autorizado no puede ser alcanzado, los miembros del programa se comunicarán con el departamento de policía local como un último recurso para llevar a su hijo en casa. Si no está en casa, su niño puede ser entregado a la División de Servicios para Familias y Niños.

**III. El despido autorizado**

Mi niño tiene al menos 16 años de edad y será responsable de su propio medio de transporte hacia y desde el programa. Mi hijo puede firmar a sí mismo / a sí misma al final de las actividades del programa.

**Firma del padre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso del Padre de Familia / Guardian\*:** \_\_\_\_\_

\* Tenga en cuenta que sólo se permitirá la inscripción de los padres para completar este formulario.

## **Autorización de VSU para atención médica y administración de medicamentos**

### **I. Información personal básica (por favor imprima)**

Fecha de hoy: / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección Local: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Celular:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Casa:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

### **II. Información de contacto de emergencia**

Persona para notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_, Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de seguros: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

(Nota: La institución no ofrece ninguna forma de seguro de salud, responsabilidad u otros tipos de seguro para los participantes. Adjunte una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro con este formulario).

### **III. Información Médica**

Por favor, enumere cualquier inquietud médica actual o historial médico que necesitemos saber sobre su hijo(a): (Por ejemplo, lesiones pasadas, condiciones actuales, limitaciones físicas, etc.)

Haga una lista de cualquier alergia que tenga su hijo(a) (por ejemplo, medicamentos, picaduras, alimentos, yodo, látex, etc.)

Haga una lista de los medicamentos que su hijo(a) esté tomando actualmente, su propósito, dosis y tiempos tomados:

¿Su hijo(a) necesita alguna adaptación para participar de manera segura en el programa? En caso afirmativo, sírvase explicarlo.

¿Su hijo(a) requiere ayuda con sus medicamentos? En caso afirmativo, sírvase explicar:

---

---

**IV. Autorización para atención médica**

Entiendo que mi hijo(a) está participando voluntariamente en un programa que se lleva a cabo en la Universidad Estatal de Valdosta. Al firmar este formulario, reconozco que toda la información es precisa y actual, que cualquier restricción de actividad, alergias y medicamentos se enumeran en este formulario y, hasta donde yo sé, mi hijo(a) es capaz de participar de manera segura en el programa. Reconozco que mi falta de divulgación de información relevante puede resultar perjudicial para mi hijo(a) y / o otros durante este programa. Acepto notificar al programa de cualquier cambio en la condición mental, física o médica de mi hijo(a) antes de que comience el programa.

Entiendo que Valdosta State University **NO** proporciona seguro médico para mi hijo(a) y que debo consultar al médico de mi hijo(a) antes de permitir que mi hijo(a) participe en este programa. En caso de accidente o enfermedad, por la presente autorizo al personal del programa a administrar o buscar tratamiento médico para mi hijo(a), como mejor les parezca, incluida la atención de primeros auxilios de rutina o el tratamiento médico de emergencia. Exudo y acepto indemnizar al programa, a la Universidad Estatal de Valdosta y a la Junta de Regentes de cualquier reclamo, causa de acción, daños y / o responsabilidades que surjan o resulten de dicho tratamiento médico. Reconozco que soy el único responsable de cualquier hospital u otros costos que surjan de cualquier lesión corporal o daño a la propiedad sufrido a través de la participación de mi hijo(a) en dicho programa voluntario.

**V. Autorización para administrar medicamentos**

Por la presente, autorizo al personal del programa a administrar a mi hijo el medicamento que se enumera a continuación. Entiendo que los medicamentos, ya sean de venta libre o recetados, deben mantenerse en envases originales. Los medicamentos recetados en los envases deben llevar la etiqueta de la farmacia, la fecha de llenado, el nombre y la dirección de la farmacia, el nombre del paciente, el nombre del médico prescriptor, el nombre del medicamento recetado, las instrucciones de uso, el almacenamiento y las declaraciones de precaución, tal como aparecían originalmente en el container. Cuando ya no sea necesario, los medicamentos se devolverán a un padre o tutor siempre que sea posible. Si el medicamento no puede ser devuelto, será destruido. Reconozco que mi falta de divulgación de información relevante puede resultar en daño a mi hijo y / o a otros durante este programa. Acepto notificar al programa de cualquier cambio en la información anterior de manera oportuna y razonable.

Medicamentos	Dosificación	Instrucciones: Almacenamiento, Frecuencia, duración	Cantidad Recibido	Instrucciones especiales

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre o tutor: \_\_\_\_\_

200 Avenida Georgia  
Valdosta, GA 31698

229-333-5886  
Fax: 229-249-2791  
[www.valdosta.edu/health](http://www.valdosta.edu/health)

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD A MENORES

El Centro de Salud estudiantil de la Universidad Estatal de Valdosta cumple con las leyes del Estado de Georgia al proporcionar servicios de salud a menores de edad (personas menores de 18 años). En las siguientes circunstancias, un menor puede consentir independientemente recibir servicios médicos, mentales u otros servicios de salud:

- si el menor está emancipado, es decir, viviendo lejos de los padres o tutor legal y gestionando sus propias finanzas, independientemente de la fuente de ingresos (los estudiantes menores internacionales tienen estatus emancipado);
- si un menor está casado o ha dado a luz a un hijo; o
- si un menor requiere servicios para determinar la presencia de embarazo y las condiciones asociadas con el mismo, enfermedad venérea.

Los menores que no cumplan con los criterios anteriores requieren autorización parental/tutora para los servicios de salud, excepto cuando se requiere atención de emergencia, es decir, el riesgo para la vida o la salud es de tal naturaleza que el tratamiento debe administrarse sin demora, y el requisito de consentimiento resultaría en retraso o denegación del tratamiento.

El personal del Centro de Salud estudiantil de la Universidad Estatal de Valdosta puede informar a los padres de un menor o tutor legal del tratamiento proporcionado o de la atención necesaria cuando, a juicio del profesional, no informar a los padres o tutores pondría en serio peligro la salud de un menor.

Autorizo que, en caso de enfermedad o lesión, la atención médica u hospitalaria sea proporcionado a.

Autorizo además cada uno de los siguientes:

- A. Concedo permiso al proveedor de atención médica del Centro de Salud estudiantil de la Universidad Estatal de Valdosta para emplear dichos procedimientos diagnósticos y tratamiento médico o consejería de salud mental según se considere necesario.

B. Autorizo al Centro de Salud estudiantil de la Universidad Estatal de Valdosta a divulgar información de registros médicos a la compañía de seguros de salud apropiada con el fin de procesar reclamos.

C. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos o pagados por las cuotas estudiantiles o el seguro y por la presente garantizar el pago completo al Centro de Salud estudiantil de la Universidad Estatal de Valdosta. Acepto que los servicios serán pagados en el momento del servicio a menos que esté cubierto por las Tarifas de Servicio estudiantil o un plan de salud que incluya el Centro de Salud estudiantil de la Universidad Estatal de Valdosta como proveedor participante.

UNA REPRODUCCIÓN DE ESTE DOCUMENTO ES TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para el menor emancipado:

Las circunstancias me permiten dar mi consentimiento a mi propio tratamiento y servicios de salud.

Firma del Menor Emancipado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

VSU Servicios de Salud Estudiantil Uso Solamente:

Testigos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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



**Notificación a todas las personas que participan  
en actividades atléticas o recreativas  
Presunción de riesgos y certificación de seguro  
SEP (Lea cuidadosamente antes de firmar)**



Muchas actividades recreativas y programas deportivos implican riesgos sustanciales de lesiones corporales, daños a la propiedad, muerte y otros peligros asociados con la participación en tales actividades. Los peligros relacionados con tales actividades incluyen, pero no se limitan a: hipotermia, huesos rotos, distensiones, esguinces, hematomas, ahogamiento, conmoción cerebral, ataque cardíaco y agotamiento.

Cada participante en tales actividades debe darse cuenta de que existen riesgos, peligros y amenazas inherentes a esas actividades y en la capacitación, preparación y viaje hacia y desde dichas actividades. Es responsabilidad exclusiva de cada participante participar solo en aquellas actividades para las cuales él o ella tiene las habilidades, capacidad, preparación y entrenamiento previos.

El abajo firmante, él o ella, reconoce que Valdosta State University no asegura ni garantiza en ningún aspecto la competencia mental o condición física de ningún líder de viaje, conductor de vehículo o participante individual en ninguna actividad deportiva o recreativa.

**Todos los participantes en actividades recreativas voluntarias y programas atléticos deberán firmar la forma adjunta de Liberación, Exención de responsabilidad y Convenio de no demandar.**

Reconozco que soy el único responsable por cualquier costo hospitalario u otros costos que surjan de cualquier lesión corporal o daño a la propiedad incurrido por mi participación en dichas actividades deportivas o recreativas voluntarias. En este sentido, Yo certifico que estoy cubierto por una póliza de seguro de salud y accidente de 24 horas.

He recibido una copia de esta Notificación, que he leído y entiendo. Acepto y asumo todos los riesgos, peligros y amenazas involucradas en cualquier actividad en la que pueda elegir participar, incluyendo el entrenamiento, preparación para viajar hacia y desde el sitio de dichas actividades.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_  
Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_

**Liberación, exoneración de responsabilidades y convenio de no demandar  
(Por favor lea con cuidado antes de firmar)**

El abajo firmante, él o ella, reconoce que la participación en programas deportivos y actividades recreativas implica un riesgo inherente de lesiones físicas y asume todos los riesgos. Él o ella acepta que para que Valdosta State University considere permitir que participe en programas recreativos voluntarios o actividades atléticas y, en conexión con esto, poner a disposición para su uso mientras participa en tales programas o actividades, ciertos equipos, instalaciones, espacios o personal de la institución, el abajo firmante por la presente renuncia a la responsabilidad, libera y dispensa para siempre a la Institución y a la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia, a sus miembros individualmente, y a sus funcionarios, agentes y empleados de todos y cada uno de los reclamos, demandas, derechos y causas de acción de cualquier tipo o naturaleza, que surjan de todas las lesiones corporales y personales conocidas y desconocidas, previstas e imprevistas, daños a la propiedad y sus consecuencias; incluyendo la muerte, que resulten de mi participación voluntaria en o relacionada de algún modo con tales programas recreativos y actividades atléticas.

Además, convengo y acepto que para la consideración indicada anteriormente no demandaré a la Institución, a la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia, a sus miembros individualmente, funcionarios, agentes, empleados o voluntarios por cualquier reclamo por daños que surjan o se desarrollen por causa de mi participación voluntaria en programas recreativos o actividades atléticas.

Entiendo que la aceptación de este documento, la exoneración de responsabilidades y el convenio de no demandar a la Institución o a la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia o a los empleados de la misma, no constituye una exoneración, en todo o en parte, de la soberanía de inmunidad oficial de dicha Junta, sus miembros, funcionarios, agentes, empleados y voluntarios.

Además, entiendo que este documento, exoneración de responsabilidades y convenio de no demandar entrarán en vigencia durante todo el período que esté inscrito o empleado en la institución.

**He recibido una copia de este documento y certifico que tengo años y que no tengo ninguna discapacidad legal que me impida comprender y cumplir este documento y que he leído todo lo anterior cuidadosamente antes de firmar.**

Hoy día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_  
Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_

**Valdosta State University**  
**Curso de maniobras con cuerdas en el *Campus Recreation***  
**Presunción de riesgos y la liberación de responsabilidad que hace el participante**

Considerando mi participación en el curso de maniobras con cuerdas y los servicios proporcionados por la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia y en nombre de Valdosta State University, y sus representantes, agentes, empleados, voluntarios y demás personas o entidades que actúan en cualquier capacidad a su nombre, (en lo sucesivo denominados colectivamente como **Valdosta State University**) y de buena y valiosa consideración la recepción, adecuación y suficiencia que se reconocen aquí, Yo acepto liberar, indemnizar, y dispensar a **Valdosta State University**, en nombre mío, de mis hijos, padres, herederos, beneficiarios, representante personal y bienes de la siguiente manera:

**1.** Reconozco que mi participación en las actividades del curso de maniobras con cuerdas implica riesgos conocidos y no anticipados que podrían resultar en lesiones físicas o emocionales, parálisis, muerte o daños a mi persona y a la propiedad. Entiendo que los riesgos incluyen, entre otras cosas, la posibilidad de: resbalones, caídas y tropezones; quemaduras por la soga; pinchazos, rasguños, torceduras y sacudidas que podrían resultar en raspones, esguinces, laceraciones, fracturas, contusiones, o riesgos aún más graves que pueden amenazar la vida. Durante una actividad puede haber contacto con plantas, animales o insectos que podrían ocasionar peligros tales como picaduras, alergias y enfermedades asociadas.

Entiendo que estos riesgos no pueden eliminarse sin poner en peligro las cualidades esenciales de la actividad. **Valdosta State University** y sus programas se basan en el principio de "desafío por elección". Entiendo y acepto que en cualquier momento estoy en libertad de dejar de participar en las actividades de este curso con cuerdas.

**2.** Conociendo los peligros, amenazas y riesgos de dicha actividad, en nombre mío, de mi familia, herederos, representantes personales, Yo, asumo todos y cada uno de los riesgos previstos e imprevistos y responsabilidades que rodean mi participación en dicha actividad, excepto si tales daños y perjuicios son causados por grave negligencia o mala conducta deliberada de empleados de **Valdosta State University**, Yo aquí libero, exonero, por siempre dispenso y me comprometo a no demandar a **Valdosta State University**, a la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia, sus miembros individual y oficialmente, sus oficiales, directivos, agentes y empleados (actuales y anteriores) de todos y cada uno de los reclamos, demandas, derechos, reclamos de honorarios de abogados y causas de acción legal de cualquier tipo y naturaleza que puedan usarse contra ellos, a través o en nombre mío, de mis herederos, beneficiarios, apoderados, abogados, representante(s) personal(es), dependientes, o de otra manera, que surjan de mi participación en conexión con actividades en y a través de **Valdosta State University**.

**3.** Además, acepto indemnizar y liberar de responsabilidades a **Valdosta State University** de todos y cada uno de los reclamos, demandas o causas de acción legal, que de alguna manera estén relacionadas con mi participación en esta actividad o mi uso de nuestros equipos o instalaciones, incluyendo cualquier reclamo que alegue actos negligentes u omisiones por parte de **Valdosta State University**.

**4.** Entiendo y acepto que **Valdosta State University** no cuenta con personal médico disponible en el lugar de esta actividad. Doy mi permiso para que **Valdosta State University** autorice el tratamiento médico de emergencia en un centro de atención de urgencias si es necesario, y que dicha acción de **Valdosta State University** estará sujeta a los términos de este documento. Entiendo y acepto que **Valdosta State University** no asume ninguna responsabilidad por cualquier lesión o daño que pueda surgir de o en relación con dicho tratamiento médico urgente autorizado. Además, asumo la responsabilidad personal y financiera por dicha atención médica y tratamiento.

5. Certifico que tengo un seguro médico adecuado para cubrir cualquier lesión o daño que pueda causar o sufrir mientras participo en las actividades ya mencionadas, y acepto asumir yo mismo toda la responsabilidad financiera de dicha lesión o daño. Certifico además que estoy dispuesto a asumir el riesgo de estas actividades bajo cualquier condición médica o física que pueda tener.

**6. Publicación de fotografías** – Yo doy permiso a **Valdosta State University** para utilizar fotografías tomadas durante este programa que me incluyan a mí para fines de promoción y/o publicidad. Por la presente, libero a **Valdosta State University** de responsabilidades por cualquier violación de cualquier derecho personal o de propiedad que pueda tener en relación con dicho uso de mi imagen. Renuncio a cualquier derecho, reclamo o interés que pueda tener para controlar el uso de mi identidad o imagen por parte de **Valdosta State University** en las fotografías. Renuncio a cualquier derecho que tenga de inspeccionar y aprobar las fotografías antes de que las use **Valdosta State University**. Acepto que cualquier uso descrito aquí puede realizarse sin compensación o consideración mía.

7. Entiendo que la aceptación de este documento y liberación de responsabilidades por parte de la Junta de Regentes del Sistema Universitario de Georgia y de **Valdosta State University** no constituye ni se interpreta como una renuncia, en todo o en parte, a la inmunidad soberana u oficial por parte de dicha Junta, sus miembros, funcionarios, agentes y empleados.

**Por la presente certifico que tengo dieciocho (18) años de edad o más y que no sufro ninguna discapacidad legal, que he leído el documento anterior cuidadosamente y por la presente firmo este acuerdo voluntariamente y por mi propia determinación.**

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Género: M/ F  
 Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Etnia (opcional): Blanco/Anglo-africano-americano  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Nativo Americano/Asiático/ Hispano/ Otro  
 ID estudiantil: 870-\_\_\_\_\_ Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_

**PADRE DE FAMILIA O REPRESENTANTE LEGAL  
 (Debe llenarse para participantes menores de 18 años)**

Al firmar abajo, yo doy mi permiso a \_\_\_\_\_ (niño/a); para participar en el curso de sogas de Valdosta State University y acepto en nombre propio y en el del niño/a estar obligado por todos los términos y condiciones de este documento.

Nombre impreso del padre o representante legal: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_