



PAQUETE DE REGISTRACIÓN

El Cupo Es Limitado. ¡Regístrate Hoy!

Una lista de los estudiantes migrantes identificados como elegibles para asistir está disponible a través de la base de datos de las academias en www.msdr.org

INFORMACIÓN DEL DISTRITO

SCHOOL DISTRICT NAME:
Nombre del distrito escolar: _____

DISTRICT CONTACT NAME:
Nombre del contacto en distrito: _____

DISTRICT CONTACT PHONE: _____ **EMAIL :** _____
Número de teléfono y correo electrónico del contacto en el distrito: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA REGISTRACIÓN

STUDENT'S NAME: _____ **GRADE LEVEL:** _____
Nombre del Estudiante: _____ Nivel de grado: _____

T-SHIRT SIZE:
Talla De Camiseta: XS S M L XL XXL XXXL

NOTA: Las camisetas/batas de laboratorio se proporcionan a discreción de los sitios individuales y es posible que no se proporcionen en todas las academias.

UNIVERSITY STUDENT IS ATTENDING:
La Universidad que el estudiante asistirá: CWU EWU UW WWU WSU SPOKANE

STUDENT IS ATTENDING: EXPLORING YOUR FUTURE ACADEMIC ACADEMY HEALTH SCIENCES
El estudiante asistirá: Explorando Tu Futuro Academia Académica Ciencias de Salud

IMPORTANTE

Asegúrese de que **TODOS** los formularios se hayan completado y firmado o el paquete se considera incompleto. **NOTA:** La registración en línea inicia el proceso de registración para el estudiante. Para completar el proceso de registración, este paquete **debe** ser completado y sometido. Asegúrese de que toda la información está completa, con firmas, tanto de los padres/guardiánes y el estudiante (donde aplica) antes de enviar el paquete. ¿Preguntas de Registración? Comuníquese con MSDRS al 800-274-6084 o visite: www.msdr.org

LISTA VERIFICACIÓN: FORMAS REGISTRACIÓN

- Lista de las formas junto con la información requerida.
- Aceptación de Riesgo**
 - Código de Conducta**
 - Consentimiento para Grabar Imagen y Voz**
 - Formulario de Salud Del Estudiante**
 - Tres páginas Favor de hacer una copia para usted

FIRMAS REQUERIDAS EN LOS SIGUIENTES FORMULARIOS

- Contacto y Exoneración para Emergencias Médicas**
 - Dos Páginas Copia de la tarjeta de seguro, si está disponible
- Formulario de Consentimiento del Paquete de Inscripción**
- Formularios de Experiencia de Campo**
 - CWU Academia Académica Solamente: Formulario Puget Sound Energy

Fecha Límite para Registración:

Por favor de enviar por correo, fax o correo electrónico (email) el paquete de las formas de registración completo y firmado por el padre/guardián a MSDRS antes del **Viernes, 6 de marzo, 2020**

Recuerda de hacer copias para tus archivos

CORREO:
MSDRS-Student Support Services
Attention: Dare to Dream Academies
810-B East Custer Avenue, Sunnyside, WA 98944

EMAIL..... events@msdr.org
FAX (509) 839-9017

OSPI provides equal access to all programs and services without discrimination based on sex, race, creed, religion, color, national origin, age, honorably discharged veteran or military status, sexual orientation, gender expression, gender identity, the presence of any sensory, mental, or physical disability, or the use of a trained dog guide or service animal by a person with a disability. Questions and complaints of alleged discrimination should be directed to:

OSPI proporciona igualdad de acceso a todos los programas y servicios sin discriminación por razón de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, veterano dado de baja honorablemente o estado militar, orientación sexual, expresión de género, identidad de género, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con una discapacidad. Preguntas y quejas de supuesta discriminación deben ser dirigidas a:

Equity and Civil Rights Director, P.O. Box 47200, Olympia, WA 98504-7200 | (360) 725-6162/TTY: (360) 664-3631

ACEPTACIÓN DE RIESGO

Academias Atrévete a Soñar
Central Washington University, Eastern Washington University, University of Washington,
Washington State University Spokane Campus, Western Washington University y la
Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI)

ACTIVIDADES

Entiendo que existen riesgos al participar en actividades recreativas y talleres educativos durante la Academia Atrévete a Soñar en la Universidad designada.

En consideración y como condición de permitir la participación en esta actividad voluntaria, estoy de acuerdo en aceptar plena responsabilidad por cualquier y todo riesgo que existe, incluyendo el riesgo de muerte o lesión a mi hijo o pérdida o daños a mi propiedad. Entiendo que puede haber riesgos que no puede predecir ni prevenir la universidad o OSPI, y también acepto plena responsabilidad por esos riesgos.

Los riesgos por participar en las actividades de la Academia Atrévete a Soñar, (incluyendo giras en los laboratorios del recinto, participar en actividades en el Centro de Recreación), incluyen, pero no se limitan a: dolor de músculos temporal o permanentemente, torceduras, esguinces, cortes, rasguños, magulladuras, daños a los ligamentos y/o cartílago, daños ortopédicos, lesiones a la cabeza, cuello o espina dorsal, pérdida del uso de los brazos y/o piernas, daños a los ojos, desfiguración, quemaduras, ahogarse o muerte. También reconozco que existen tanto riesgos de lesiones o muerte, que se pueden prever, como los que no se pueden prever, que pueden ocurrir como resultado de viajar de ida o vuelta a las actividades de la Academia Atrévete a Soñar que no pueden incluirse específicamente en la lista. Además, reconozco que las acciones de otros estudiantes en la actividad pueden causar daños o pérdida a mi hijo/a o propiedad.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Exonero, al Estado de Washington, la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI), los Regentes de la universidad, cualquier subdivisión o unidad de la universidad, sus oficiales, empleados, y agentes, de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, costo, gasto, lesión y/o pérdida a persona o propiedad, que me pueda ocurrir y/o que puedan ocurrir como resultado de la muerte o lesión de mi hijo/a, como resultado de, o relacionado con, la participación en, y transporte al evento mencionado arriba. La participación de mi hijo/a incluye, pero no se limita a, viajar de ida y vuelta al evento en un vehículo privado o público, cualquier actividad relacionada con el evento en sí, y el uso del equipo o instalaciones del Estado para el evento, si se encuentra o no en la propiedad de la universidad. ***He leído este documento cuidadosamente, entiendo su contenido y estoy plenamente informado de este programa y las circunstancias. Estoy enterado que este documento es un contrato con la universidad y OSPI y los patrocinadores del programa. Entro en este contrato firmando el formulario de consentimiento del paquete de registro de forma libre y voluntariamente.***

(I have carefully read the Assumption of Risk document, understand its contents and am fully informed about this program and circumstances. I am aware that this document is a contract with the University/OSPI and the program sponsors. I enter into this contract by signing the registration packet consent form freely and voluntarily.

CÓDIGO DE CONDUCTA

La Academia Atrévete a Soñar ofrece un ambiente seguro y sano en el cual los estudiantes viven, juegan y aprenden como parte de una comunidad mayor. La actitud del estudiante y su conducta son muy importantes al éxito de la comunidad de la Academia y, cada individuo hace una diferencia en la calidad de la experiencia de la Academia.

Con el fin de crear un ambiente comunitario, los estudiantes están de acuerdo a seguir estas directrices de conducta durante la Academia. Los estudiantes y los padres/guardianes tienen que leer y firmar este contrato antes de asistir a la Academia.

- Trataré a todos en la comunidad del campo con respeto a todo momento, incluyendo respetar las pertenencias personales de otros, su privacidad y sentimientos.
- No voy a entrar a un dormitorio de un estudiante del sexo opuesto.
- Entiendo que el acoso y otras formas de discriminación basada en raza, color, religión, credo, sexo, origen nacional, edad, orientación o expresión sexual, o discapacidad violan las leyes federales y estatales y/o la política de la Universidad, y no se tolerará.
- Respetaré el campo y las instalaciones y el equipo de la Universidad y no llevaré ni destruiré propiedad del campo y/o la Universidad.
- No usaré habla ni gestos obscenos o groseros ni haré referencia a acciones violentas o ofensivas.
- No participaré en ninguna actividad que pudiera ponerme en peligro a mí o a otros estudiantes o el personal.
- Me vestiré de acuerdo con el código de vestimenta de mi escuela.
- Observaré la hora de toque que ha sido establecida. Permaneceré en el piso asignado entre las 9:55 p.m. y 7:00 a.m., y permaneceré en mi habitación después que se apagan las luces (10:00 p.m.).
- Permaneceré con mi consejero o el personal de la Academia a todo momento.
- Estoy de acuerdo en obedecer todas las reglas y reglamentos de la Academia y entiendo que se espera que yo siga la dirección y guía provista por el personal de la Academia.

Si el estudiante falla en cumplir con estas expectativas de conducta, se le notificará al padre/guardián por teléfono el estudiante será removido de la Academia a costo del padre/guardián. El padre/guardián es responsable por el transporte del estudiante de la Academia si sus acciones resultan en que sea expulsado.

El siguiente comportamiento resultará en expulsión inmediata de la Academia y se reportará la posible mala conducta delictiva a los agentes de la ley:

- Cualquier delito, incluyendo el uso, posesión, o distribución de armas, alcohol, drogas, tabaco, o cualquier otro producto ilegal. Si el estudiante posee medicamentos recetados, tienen que estar en la lista del formulario médico o se considerará una violación del código de conducta.
- Agresión y/o abuso físico de cualquier clase incluyendo golpear, patear, morder o empujar a otro estudiante o a un miembro del personal.
- No seguir las instrucciones del personal, lo que resultaría en situaciones en que se pone en peligro a sí mismo, a otros estudiantes o al personal.
- Irse de una actividad o taller sin el permiso del miembro del personal que supervisa el área o actividad.
- Abuso verbal hacia otro estudiante y/o miembro del personal.
- Estudiantes que amenazan con lastimarse a sí mismos o a otros estudiantes o, participar en acciones que puedan resultar en lastimarse a sí mismo o a otros.

CONSENTIMIENTO PARA GRABAR IMAGEN Y VOZ

SÍ Yo, padre o guardián e estudiante, por la presente otorgo permiso a la Universidad y a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) para que sean fotografiados o tengan imágenes o grabaciones de voz realizadas (incluidas, entre otras, fotografías digitales, videos o imágenes digitales en movimiento) y / o grabaciones de voz), para publicación o fines promocionales de la Universidad / OSPI en cualquier medio (incluidos, entre otros, medios impresos, periódicos, televisión, videos, películas o sitios web en Internet).

Adicionalmente, doy mi consentimiento para el uso del nombre del estudiante y/o sus comentarios de entrevista en conexión con la publicación o propósitos de promoción por la Universidad y OSPI en medios de imprenta, periódicos, televisión, video, película o sitio de la Red en Internet.

Entendemos que el consentimiento para usar una imagen del estudiante o grabaciones de su voz, no es una condición de su participación en una actividad y que se puede rehusar dar consentimiento sin ningún impacto en la habilidad de participar plenamente en el programa.

No se han dado incentivos o promesas más allá de nuestra aceptación de una oportunidad para promover la Universidad / OSPI y sus programas a las personas que firman a continuación.

Cualquier otro uso de imágenes y/o grabaciones, nombre del estudiante, y/o comentarios de entrevista requieren permiso por adelantado.

Entendemos que podemos revocar este consentimiento en cualquier momento después de avisar a la Universidad o OSPI, en dicho momento uno o ambos firmaremos una copia de la negación (abajo) para el uso de imágenes o grabaciones de voz.

NO Nosotros, el padre/guardián e el estudiante, no estamos de acuerdo en usar imágenes digitales o grabaciones de voz según se delinea arriba. *(NO, we, the parent/guardian and student do not agree to the use of digital images or voice recordings as set forth above).*

Nosotros, el padre(s)/guardián(es) e el estudiante, estamos de acuerdo en que hemos leído cuidadosamente el formulario, entendemos el contenido y seleccionamos el consentimiento o el rechazo del consentimiento de forma libre y voluntariamente en relación con el uso de la imagen y la grabación de voz del estudiante.

FORMULARIO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

A PADRE(S)/GUARDIÁN(ES):

Favor de completar este formulario y **hacer una copia para guardar**. Adjunte información adicional si es necesario.

La información médica proporcionada no impedirá que el estudiante asista a la academia y proporciona un historial médico importante del estudiante para cada sitio para preparar mejor las instalaciones y recursos en el sitio.

ALERGIAS:

- No se sabe de ninguna alergia.
- Este estudiante tiene una alergia potencialmente mortal
 - Un plan de atención de emergencia firmado por el médico se adjunta a los formularios de inscripción, que incluye lo que el estudiante es alérgico(a), la reacción detallada que es vista y las medidas o solución preventivas.
- El estudiante está alérgico(a), a: Comida Medicina Otro El ambiente (piquete de insectos, fiebre del heno, etc.)

A continuación, por favor describa lo que el estudiante es alérgico y la reacción vista, en detalle. Por favor especifique la alergia y describa medidas preventivas o de solución para cada alergia.

Describa alergia(s) a continuación:

Lista de alergia(s):

Describa la reacción:

Lista de Medidas Preventivas:

Lista de Medidas de Solución:

Ejemplo

Alergia(s):

Medicamentos: Alérgicos a medicamentos NSAIDS (Ibuprofen, Advil, Aleve, Motrin, ect).

Reacción: Le salen ronchas con picazón, piel roja e cálida

Medidas Preventivas: No consuma NSAIDS, use Acetaminofén como analgésico y hielo o métodos alternativos para tratar la inflamación.

Medidas de Solución: Tome *Claritin* u otro medicamento para la alergia.

DIETA/NUTRICIÓN: Por favor marque el cuadro(s) que aplique.

- No hay necesidades dietéticas especiales. El estudiante come una dieta regular.
- Este estudiante tiene necesidades alimentarias especiales. *Por favor seleccione de las opciones a continuación*
 - Vegetariano Vegano Libre de Lacteos Sin Gluten Otro: _____

INMUNIZACIONES: Por favor marque el cuadro(s) que aplique.

- Mi hijo está al día con sus inmunizaciones y vacunas antitetánicas, según los requiere la ley del Estado de Washington.
- Mi hijo tiene una exención de inmunizaciones archivada con su escuela. Entiendo y acepto los riesgos a mi hijo por no estar completamente inmunizado.

SALUD MENTAL, EMOCIONAL, Y SOCIAL: Marque "Sí" o "No" para cada pregunta.

Respecto al estudiante:

1. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por déficit de atención (ADD, en inglés) o déficit de atención/trastorno de hiperactividad (ADHD)? Sí No
2. Durante los pasados 12 meses, ¿le ha atendido un médico profesional por razones de salud mental y/o emocional? Sí No
3. ¿Ha ocurrido un evento significativo en la vida que continúa afectando la vida del estudiante? (Historia de abuso, trauma física o sexual, trastornos de conducta tales como confrontación desafiante, discapacidad del desarrollo, trastornos de espectro autista, muerte de un ser querido, cambios familiares, adopción, cuidado de acogida, nuevo hermano, sobrevivir un desastre, otros.) Sí No

Favor de explicar todas las respuestas afirmativas "Sí" en el espacio abajo y anote el número de la pregunta.

(continúa en la siguiente página)

HISTORIA GENERAL DE SALUD: Marque "Sí" o "No" para cada condición médica.

Respecto al estudiante, ¿alguna vez ha tenido una de las siguientes condiciones?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Una concusión? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 8. Para mujeres, ¿problemas con la regla/
menstruación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Lesión de hueso/coyuntura? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 9. ¿Ha tenido asma/resuellos/falta de aliento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Una cirugía? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 10. ¿Tiene diabetes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Enfermedad cardiovascular
u otros problemas cardiacos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 11. ¿Ha tenido dolores de cabeza? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Epilepsia/convulsiones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 12. ¿Su hijo/hija ha sido hospitalizado en los
últimos 2 años? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Enfermedad por el calor? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 13. ¿Alguna preocupación médica previa o actual? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Ha tenido una lesión reciente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Favor de explicar todas las respuestas afirmativas "Sí" en el espacio abajo y anote el número de la pregunta.

MEDICAMENTOS: Por favor marque el cuadro(s) que aplique.

"Medicamento" es una sustancia que una persona toma para mantener y/o mejorar la salud. Esto incluye vitaminas y remedios naturales. **Todos los medicamentos tienen que estar en sus envases originales. Las medicinas recetadas tienen que tener escrito en el envase el nombre del estudiante y cómo debe administrarse el medicamento. Favor de enviar solo los medicamentos que son necesarios.**

- Este estudiante **NO TOMARÁ** ningún medicamento diariamente mientras asiste a la Academia.
- ¹Este estudiante **TOMARÁ** el siguiente medicamento(s) diariamente mientras asiste a la Academia.

DETALLES DE LOS MEDICAMENTOS

1. Nombre De Medicamento _____ Fecha De Inicio: _____
Cuándo Se Administra Desayuno Almuerzo Cena Otro horario: _____
Cantidad O Dosis Administrada _____ Cómo Se Administra _____
2. Nombre De Medicamento _____ Fecha De Inicio: _____
Cuándo Se Administra Desayuno Almuerzo Cena Otro horario: _____
Cantidad O Dosis Administrada _____ Cómo Se Administra _____
3. Nombre De Medicamento _____ Fecha De Inicio: _____
Cuándo Se Administra Desayuno Almuerzo Cena Otro horario: _____
Cantidad O Dosis Administrada _____ Cómo Se Administra _____
4. Nombre De Medicamento _____ Fecha De Inicio: _____
Cuándo Se Administra Desayuno Almuerzo Cena Otro horario: _____
Cantidad O Dosis Administrada _____ Cómo Se Administra _____

¹ Note: Estas provisiones respecto a la administración de medicamentos no debe abrogar los derechos de los menores a proveer su propio consentimiento a ciertos servicios bajo ley del Estado de Washington.

RESTRICCIONES/ALOJAMIENTO:

He repasado el programa y las actividades del programa y pienso que el estudiante puede participar

- Sin restricciones.
- Con las siguientes restricciones o adaptaciones **(Por favor, a continuación describa las acomodaciones necesarias).**

Ejemplo: El estudiante está en silla de ruedas y necesitará una habitación, aula(s) y edificios accesibles para personas con discapacidades. Las actividades pueden necesitar ser modificadas para participar.

Por favor, describa las acomodaciones necesarias

¿QUÉ SE NOS HA OLVIDADO PREGUNTAR?

Por favor de proveer en el espacio a continuación, cualquier información adicional sobre la salud del estudiante que usted cree que es importante o que puede afectar su habilidad de participar plenamente en el programa. Adjunte información adicional, si es necesario.

Este historial de salud es correcto y reflejo con exactitud el estado de salud del estudiante al cual pertenece. La persona descrita tiene permiso a participar en todas las actividades del programa excepto según lo que he expresado yo y/o un médico de cabecera. Entiendo que la información en este formulario se compartirá con los que "necesitan saber" del personal de la universidad y OSPI. Doy permiso para hacer copias de este formulario. Además, el personal médico tiene mi permiso de obtener una copia de los registros médicos de mi hijo de los médicos que dan tratamiento a mi hijo y estos médicos pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo.

(This health history is correct and accurately reflects the health status of the participant to whom it pertains. The person described has permission to participate in all program activities except as set forth by me/and or an examining physician. I understand the information on this form will be shared on a "need to know" basis with University/OSPI staff. I give permission to photocopy this form. In addition, the health care provider has my permission to obtain a copy of my child's health records from providers who treat my child and these providers may talk with the program's staff about my child's health status.)

CONTACTO Y EXONERACIÓN PARA EMERGENCIAS MÉDICAS

Nombre del Estudiante: _____

Genero: Masculino Femenino X Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____

Edad del Estudiante al Llegar al Programa *Academia Atrevete a Soñar*: _____ años.

Marque Aquí si el Estudiante está inscrito en Washington Apple Health

Marque Aquí si el Estudiante **NO TIENE** Seguro de Salud

Proveedor de Seguro de Salud: _____ Número de Poliza: _____

PROPORCIONE UNA COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO DE SALUD, SI ESTÁ DISPONIBLE

A PADRE(S)/GUARDIÁN(ES):

Favor de completar este formulario y **hacer una copia para guardar**. Adjunte información adicional si es necesario.

PADRE/GUARDIÁN con el que reside y/o con autoridad para tomar decisiones en caso de enfermedad o lesión:

Nombre: _____ Parentesco al estudiante: _____

Teléfonos preferidos: (_____) y (_____) E-mail: _____

Domicilio: _____

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

SEGUNDO PADRE/GUARDIÁN con custodia legal para contactar en caso de enfermedad o lesión:

Nombre: _____ Parentesco al estudiante: _____

Teléfonos preferidos: (_____) y (_____) E-mail: _____

Domicilio: _____

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Doy permiso para que las personas incluidas en la lista recojan al estudiante y/o actúen en nombre de los padres/guardián(es), en caso de que surja una emergencia y el personal del evento no pueda comunicarse con ninguno de los padres/guardián(es).

Además de los padres/guardián(es), entiendo que el estudiante solo se le permitirá irse con estos individuos.

- **Proporcione un mínimo de dos contactos a continuación.**
- Se puede solicitar una identificación con foto durante la recogida del estudiante.

1. Nombre de Persona Autorizada: _____

Parentesco al estudiante: _____ Número de Teléfono: (_____)

2. Nombre de Persona Autorizada: _____

Parentesco al estudiante: _____ Número de Teléfono: (_____)

3. Nombre de Persona Autorizada: _____

Parentesco al estudiante: _____ Número de Teléfono: (_____)

(continúa en la siguiente página)

SPANISH DISCLAIMER: En una emergencia que requiera atención médica o durante una situación en que razonablemente creen los agentes autorizados de la Universidad y la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI), incluyendo el personal de la Academia, que es una emergencia; autorizo a la Universidad, OSPI y a sus agentes autorizados a que obtengan atención médica urgente para mi hijo. Yo seré responsable por los gastos incurridos por hacerlo, incluyendo pero no limitado al cuidado por los profesionales de atención médica, y hospitalaria, ambulancia u otros servicios. Además, el personal médico tiene permiso de obtener una copia del registro medico de mi hijo de los proveedores que atienden a mi hijo y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo.

En caso de hospitalización, autorizo al personal de la Academia de permanecer con mi hijo/a hasta que yo pueda presentarme en el hospital.

NOTA: Los menores pueden consentir a ciertos servicios en el Estado de Washington. Exonero y estoy de acuerdo a indemnizar a la Universidad y a la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública, sus agentes autorizados y empleados y al personal de la Academias Atrévete a Soñar de las decisiones para buscar tratamiento urgente.

ENGLISH: In an emergency requiring medical attention or a situation reasonably believed by the University and the Office of Superintendent of Public Instruction (OSPI) authorized agents including Academy staff to be an emergency; I authorize the University/OSPI and its authorized agents to obtain emergency medical care for my child. I will be responsible for any expenses incurred in so doing including but not limited to care by health care professionals, hospital care, and ambulance or other services. In addition, the health care provider has permission to obtain a copy of my child's health record from providers who treat my child and these providers may talk with the program's staff about my child's health status.

In the event of hospitalization, I authorize the Academy staff to remain with my child until I am able to present myself at the hospital.

NOTE: Minors may consent to certain services in Washington. I hold harmless and agree to indemnify the University and the Office of Superintendent of Public Instruction, its authorized agents and employees and the staff of Dare to Dream Academies, from decisions to seek emergency treatment.

PROVEEDOR(ES) DE CUIDADO DE SALUD PRINCIPAL:

Nombre del médico(s) **principal** del estudiante: _____

Teléfono: (_____) _____

PROVEEDOR(ES) DE SALUD ADICIONALE(S):

Nombre(s): _____ Número(s) de Contacto: (_____) _____

Nombre(s): _____ Número(s) de Contacto: (_____) _____

Firmo voluntariamente esta autorización en consideración para dar permiso para que mi hijo participe en la Academia. He leído y entiendo su contenido y significado.

(I voluntarily sign this authorization in consideration for permission for my child to participate in the Academy. I have read it, and I understand its content and significance.)

X _____
Firma de **Padre/Guardián** (para estudiantes menores de 18 años de edad) Fecha

X _____
Firma del **Estudiante** a la Academia Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Al firmar a continuación, acepto que he leído cuidadosamente cada uno de los componentes contenidos en este paquete de registro, entiendo el contenido y la importancia, estoy completamente informado sobre este programa, las circunstancias y actividades y acepto cada uno de los términos descritos en los componentes. de este paquete de registro.

Forma Aceptación de Riesgo:

Como padre/guardián, al firmar a continuación, acepto que he leído cuidadosamente el documento, entiendo su contenido y estoy completamente informado sobre este programa y las circunstancias. Soy consciente de que el documento es un contrato con la Universidad / OSPI y los patrocinadores del programa. Entro en este contrato libre y voluntariamente.

Forma Código de Conducta:

Al firmar a continuación, nosotros, el estudiante a y el padre/guardián, acordamos que hemos leído y entendemos las expectativas de comportamiento, incluidas las disposiciones para la expulsión inmediata como se indica en este documento.

- **Solo el estudiante:** Estoy de acuerdo en cumplir con las expectativas de comportamiento en todo momento durante la estadía en *la Academia Atrévete a Soñar*.
- **Solo para padre/guardián:** Estoy de acuerdo en que he discutido estas expectativas con mi estudiante, quien ha aceptado cumplirlas en todo momento durante la estadía en *la Academia Atrévete a Soñar*.

Consentimiento de Grabación de Imagen y Voz:

Al firmar a continuación, nosotros, el padre/guardián y el estudiante, acordamos que hemos leído cuidadosamente el formulario, entendemos el contenido y seleccionamos el consentimiento o el rechazo del consentimiento en relación con el uso de la imagen y la grabación de voz del estudiante.

Forma de Salud del Estudiante:

Como padre/guardián, al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que el historial médico proporcionado es correcto y refleja con precisión el estado de salud del estudiante al que pertenece. La persona descrita como el estudiante tiene permiso para participar en todas las actividades del programa, excepto según lo establecido por mí y/o un médico examinador. Entiendo que la información en el formulario se compartirá según sea necesario con el personal de la Universidad/OSPI. Doy permiso para fotocopiar el formulario. Además, el proveedor de atención médica tiene permiso para obtener una copia de los registros de salud de mi hijo/a de los proveedores que la tratan y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo/a.

Forma Contacto de Exoneración para Emergencias Médicas:

Este formulario de contacto y exoneración médica de emergencia requiere una firma por separado en la página 8.

PADRE/GUARDIÁN: Firmo voluntariamente esta autorización en consideración por el permiso para que mi hijo/a participe en la Academia.

Firma de **Padre/Guardián** (para los estudiantes menores de 18 años de edad)

X _____ Fecha _____

Parentesco al Estudiante: _____

Estudiantes: Firmo voluntariamente esta autorización para considerar mi participación en la Academia.

Firma de **Estudiante:**

X _____ Fecha _____

(El formulario de experiencia de campo continuaron en las siguientes páginas para los estudiantes que participan en la Academia Académica CWU)

SÓLO PARA LOS ESTUDIANTES EN LA ACADEMIA ACADÉMICA DE CWU



PUGET SOUND ENERGY RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Distrito Escolar: _____

DEBE SER LEÍDO Y FIRMADO POR CADA PERSONA ANTES DE ENTRAR A LAS INSTALACIONES EÓLICAS WILD HORSE DE PUGET SOUND ENERGY, INC.

Puget Sound Energy (PSE-inglés) ofrece al público en general, sin cargo alguno, gira para recorrer su instalación eólicas Wild Horse. A cambio de conceder este privilegio, el cual reconozco como una consideración adecuada, Yo, el que suscribe, en mi propio nombre y en el de mis herederos, cesionarios y representantes personales, por el presente me comprometo a asumir la responsabilidad exclusiva y completa por toda lesión que pueda sufrir mientras me encuentre en la planta de PSE; y por el presente renuncio de manera anticipada a cualquiera y a todas las reclamaciones por tales pérdidas, incluido cualquier derecho de subrogación que tanto yo, como mis herederos, cesionarios, representantes personales o aseguradores podamos tener contra PSE, sus funcionarios, directores, compañías matrices, subsidiarias, afiliadas o empleados.

Asimismo, entiendo y reconozco que mi presencia en la planta de PSE o mi participación en la gira pueden exponerme a peligros por riesgos tanto conocidos como imprevistos. En reconocimiento de la existencia de tales peligros, asumo el riesgo, incluido aquel por conducta negligente, y eximo y libero a PSE, sus funcionarios, directores, compañías matrices, subsidiarias o afiliadas de todas y cada una de las reclamaciones, así como de la responsabilidad, en relación con cualquier lesión que mi persona o propiedad puedan sufrir y que se produzca mientras me encuentre en la planta de PSE. Asimismo, acepto y me comprometo a no iniciar una demanda contra PSE, sus funcionarios, directores, compañías matrices, subsidiarias, afiliadas o empleados por cualquiera de tales reclamaciones.

Al firmar esta exención, RECONOZCO PLENAMENTE QUE EN CASO DE RESULTAR LESIONADO O EN CASO DE QUE MI PROPIEDAD RESULTARA DAÑADA DURANTE MI PERMANENCIA EN LA INSTALACIÓN DE PSE, NO TENDRÉ DERECHO ALGUNO A PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN NI A INICIAR UNA DEMANDA CONTRA PSE, SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES, COMPAÑÍAS MATRICES, SUBSIDIARIAS, AFILIADAS O EMPLEADOS, INDEPENDIEMENTE DE LA PERSONA O ENTIDAD QUE PROVOQUE LA LESIÓN O DAÑO. HE LEÍDO Y COMPRENDO PLENAMENTE ESTA RENUNCIA Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES, Y ME COMPROMETO A NO ENTABLAR NINGUNA DEMANDA. SÉ Y ENTIENDO QUE MI FIRMA EN ESTE FORMULARIO ACTÚA COMO UNA EXENCIÓN COMPLETA DE PSE, SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES, COMPAÑÍAS MATRICES, SUBSIDIARIAS, AFILIADAS O EMPLEADOS DE TODA RESPONSABILIDAD, INCLUIDA SU PROPIA NEGLIGENCIA. DOY MI CONSENTIMIENTO LIBRE E INTENCIONALMENTE PARA ESTA RENUNCIA Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES, Y ME COMPROMETO A NO INICIAR UNA DEMANDA.

¡LEA CUIDADOSAMENTE! SUS DERECHOS LEGALES SON AFECTADOS

Nombre del Estudiante en letra de molde

Dirección de la Residencia del Estudiante en Letra de Molde

Ciudad, Estado, Código Postal

X _____
Firma del Padre o Guardián Legal (obligatorio si el estudiante es menor de 18 años)

Fecha

X _____
Firma del Estudiante

Fecha