

PROGRAMA MED-START – UNIVERSIDAD DE ARIZONA **FORMA DE CONSENTIMIENTO**

PADRE/MADRE DE FAMILIA O ENCARGADO DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO PARA QUE SU HIJO/A PARTICIPE EN EL PROGRAMA

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA:

Yo reconozco que hay riesgos que son parte de cualquier programa para niños, incluyendo pero no solo limitado a lesión o muerte causada por: participación en actividades al aire libre, negligencia de los niños para acatar las instrucciones de maestros y supervisores, enfermedades transmisibles, y actos independientes de terceros que no están bajo el control del personal de la Universidad. Con el fin de minimizar los riesgos para mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia y para otros participantes, yo me hago responsable de velar por que mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia este preparado adecuadamente para participar en todas las actividades y se encuentre en buen estado de salud durante el programa.

En caso de emergencia, yo entiendo que se hará todo lo racionalmente posible para comunicarse conmigo, el médico de mi familia, o con el contacto de emergencia mencionado abajo. Sin embargo, en caso de que no sea posible comunicarse conmigo o con los contactos nombrados, yo doy autorización a los adultos a cargo del Programa Med-Start de la Universidad de Arizona para que aseguren tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia. Yo estoy de acuerdo en pagar cualquier cobro por tratamiento médico de emergencia que no sea pagado por mi seguro personal de gastos médicos.

Contacto de Emergencia (diferente que padre/encargado) _____

Teléfono: _____

Compañía de Seguro Médico y Número de Póliza: _____

Teléfono: _____

Médico de la Familia: _____ Teléfono _____

Para la seguridad y comodidad de su hijo/a o estudiante bajo su custodia, por favor indique cualquier condición especial que nosotros deberíamos conocer (por ejemplo, si su hijo/a padece de alergias, necesita tomar medicamentos, padece de enfermedades o lesiones recientes, etc. Si es necesario, use hojas de papel adicional):

REGLAS Y NORMAS DEL PROGRAMA

POR FAVOR REVISE CON CUIDADO LAS NORMAS Y REGLAMENTOS DEL PROGRAMA CON SU HIJO/A. ESTAS REGLAS HAN SIDO IMPLEMENTADAS PARA HACER DEL PROGRAMA DE VERANO UNA EXPERIENCIA SEGURA Y EXITOSA PARA SU HIJO/A O ESTUDIANTE BAJO SU CUSTODIA, NUESTRO PERSONAL Y LAS INSTALACIONES UTILIZADAS COMO PARTE DEL PROGRAMA MED-START.

- Yo acepto que mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia cumplirá con las reglas de la Universidad, estándares e instrucciones de conducta del estudiante, al igual que con los estándares de conducta de las instalaciones donde se lleva a cabo el programa. Yo renuncio a todo reclamo contra la Universidad que surja en cualquier momento en que mi hijo/a no este bajo la supervisión directa de la Universidad o que sea causado por un error de mi hijo/a para acatar dicha supervisión o para cumplir con las reglas, estándares e instrucciones del programa.
- Med-Start requiere muchas horas de estudio y seminarios. No se recomienda tener un trabajo fuera del programa, asistir a la escuela de verano o a un campamento de verano. Por lo general no se hacen excepciones.
- Nos reservamos el derecho de expulsar a estudiantes del programa de verano en cualquier momento por mala conducta o incumplimiento de las normas y procedimientos.

- Las normas de Med-Start prohíben que los estudiantes traigan automóviles al campus de la Universidad para utilizar durante el programa.
- Se espera que los estudiantes vivan en un dormitorio del campus de la universidad durante las cinco semanas que dura el programa (los estudiantes podrán salir con un visitante autorizado solamente los domingos)

PERMISO PARA MEDIOS DE COMUNICACION

Por este medio doy permiso al programa para grabar la imagen o la voz, o ambas, de mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia para usar en televisión, cinta de película, radio, o la prensa escrita con el fin de promover las metas del programa mediante campañas de publicidad, artículos en revistas, folletos, afiches u otros medios que sean adecuados para alcanzar este fin.

PERMISO PARA TENER ACCESO A DOCUMENTOS ACADEMICOS

Yo autorizo y doy permiso al personal del programa para que revise y haga copias de documentos académicos y/o certificados de calificaciones para fines relacionados con las operaciones y el estudio de los programas y actividades patrocinados por el Programa Med-Start.

PERMISO PARA EVALUACION DEL PROGRAMA

Yo autorizo y doy permiso al personal del programa para ponerse en contacto con mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia después de la conclusión del programa para indagar acerca de las actividades del programa y de la selección de programas educativos y carreras profesionales.

En pleno conociendo los riesgos descritos arriba, y considerando que mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia tiene autorización para participar en el Programa, Yo estoy de acuerdo, en nombre de mi familia, sucesores, y representantes personales, para asumir todos los riesgos y responsabilidades correspondientes a la participación de mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia en el Programa. En observación de la máxima extensión permitida por la ley, yo libero, aseguro, y estoy de acuerdo en no demandar a la Universidad por y en contra de cualquier reclamo presente o futuro, pérdida o responsabilidad por lesiones personales o daños a propiedad que yo o mi hijo/a o estudiante bajo mi custodia puedan sufrir, o por la cual yo pueda ser demandado por cualquier otra persona, durante mi participación en el Programa (incluyendo periodos en tránsito).

Yo he leído cuidadosamente esta Forma de Consentimiento antes de firmar. No se han hecho representaciones, declaraciones, u ofrecido incentivos, en forma oral o escrita, a parte de la presente declaración escrita. Este acuerdo debe ser gobernado por las leyes del Estado de Arizona, que deberá ser el tribunal para cualquier demanda judicial presentada ante o accesoria a este acuerdo o al Programa.

YO CERTIFICO QUE COMPRENDO COMPLETAMENTE LAS REGLAS Y QUE LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN ESTA FORMA DE CONSENTIMIENTO ES FIEL Y FIDEDIGNA.

Firma del Estudiante: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso: _____

Firma del Padre/Madre o Encargado: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso: _____