

Solicitud para Nuevos Estudiantes para el Campamento SAIL

Devuelva la aplicación a:
Economics Dep./SAIL – PLC
Universidad de Oregon, Eugene, OR 97403
laraf@uoregon.edu (541)-346-8378
sail.uoregon.edu

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ SEXO: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
AÑO DE GRADUACIÓN: _____.

ANTECEDENTE ÉTNICO (CIRCULE UNO): **NATIVO DE ALASKA, NATIVO AMERICANO, ASIÁTICO, AFRO-AMERICANO, HISPANO/LATINO, BLANCO, OTROS/MULTIRACIAL**

ESCUELA SECUNDARIA: _____ PREPARATORIA: _____ PROMEDIO GRAL: _____

NIVEL Y GRADO EN EL **OTOÑO** (CIRCULE UNO): **FESHMAN, SOFHOMORE, JUNIOR, SENIOR**

ASISTIÓ AL CAMPAMENTO DE SAIL EN EL PASADO: _____

DOMICILIO DEL HOGAR: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____.

CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE: _____ NÚMERO TELÉFONICO DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ # TEL./CASA: _____

TEL./TRABAJO: _____ # TEL./CELL: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ #TEL./CASA: _____

TEL./TRABAJO: _____ # TEL/TRABAJO: _____

Genero o identidad sexual (CIRCULO): MASCULINO HEMBRA TRANSGENERO , TRANSSEXUAL, HAM, MAH, CISSEXUAL/CISGENDER DOS-ESPIRITOS GENERADOR DE GENERO VARIANTE DE GENERO , GENERO NO CONFORME INTERROGATORIO **PREFERIDO PRONUNCIAR:** _____

¿NIVEL ACADÉMICO MAS ALTO DE LOS PADRES? (CIRCULE) **PREPARATORIA, NUNCA TERMINÓ PREPARATORIA, DIPLOMA/GED, CARRERA TÉCNICA, TITULO EN LICENCIATURA, DOCTORADO , MAESTRÍA**

TALLA DE CAMISETA: CHICA MEDIANA GRANDE EXTRA GRANDE XXGRANDE

ORIGEN ETNETICO (CIRCULO) : ALASKA INDIO/ALÁSKAN ASÁTICO NEGRO/AFROAMERICANO, O AFRICANO HISPANO/LATINO(A)/CHICANO(A) BLANCO/CAUCÁSICO MEDIO ESTE O ARÁBICA MULTIRRACIAL NATIVO PACIFICO/ ISLENO PACIFICO OTRO _____

¿QUE IDIOMA HABLAS? _____

¿RECIEBE ASISTENCE PUBLICO? SI/NO SI ES ASI LISTA: _____

INGRESOS FAMILIARES: MENOS DE \$15,000 \$15,000-30,000 \$30,000-70,000 \$70,000-100,000 MAS QUE\$100,000 DESCONOSIDO

COMO LLEGARÁS AL LUGAR (SAIL) (AUTOBÚS, PADRES, CAMINANDO, OTROS): _____

¿NECESITARAS UN PASE DE AUTOBUS? SI/NO

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO # _____

DOCTOR DEL ESTUDIANTE: _____ TELÉFONO # _____

MEDICAMENTOS E INQUIETUDES EN CUANTO A LA SALUD (DIETA ESPECIAL, LIMITACIONES EN ACTIVIDADES FÍSICAS, ENFERMEDAD, ETC.): _____

¿HISTORIAL DE DESORDEN ALIMENTICIO? SI/NO

¿ALERGIAS? SI/NO DESCRIBA LA REACCIÓN: _____

ÚLTIMA DOSIS DE LA VACUNA DE TETANOS (SE REQUIERE REFUERZO CADA 10 AÑOS): _____

ENUMERAR SUS OBJETIVOS ACTUALES DESPUÉS DE LA ESCUELA

PREPARATORIA: _____

Continúa en la siguiente página

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba atención médica de rutina y mi permiso para obtener tratamiento médico de emergencia mientras esté asistiendo al campamento de SAIL. Este consentimiento de tratamiento entra en efecto solo durante el tiempo en que el estudiante está asistiendo al programa de SAIL en el plantel de la Universidad de Oregon. En caso de una enfermedad seria o de emergencia, se le notificará al contacto de emergencia inmediatamente. También otorgo mi permiso al personal de SAIL para llamar a la ambulancia o en caso de una emergencia en la que su vida no esté en peligro cuando no sea necesario llamar a la ambulancia, de transportar al estudiante a algún lugar de atención médica en un vehículo particular conducido por algún miembro del personal de SAIL. Cualquier instrucción contraria a lo anterior necesita ser especificada por escrito y por separado, firmado por el padre o tutor y adjuntarlo a esta forma de permiso.

Yo autorizo al personal de SAIL de administrar medicina no prescrita (Taylenol, Neosporín, etc.) en caso de que sea completamente necesario.

Si, doy mi permiso

No, doy mi permiso

Firma del Padre/Tutor: _____

Como **Padre/Tutor**, Por medio de la presente autorizo a mi escuela preparatoria/colegio/universidad/programa de entrenamiento después de la preparatoria, facilitar cualquier o toda la información relacionada con mi ayuda financiera, calificaciones, materias, expedientes, o cualquier otra información relevante al programa de SAIL. Yo autorizo a los agentes de SAIL usar esta información como se necesite para administrar el programa de SAIL para propósitos estadísticos y de estudios. La fundación SAIL puede facilitar esta información a terceros grupos tales como Nacional Student Clearing House con el propósito de conocer el seguimiento de la asistencia a programas de entrenamientos después de la preparatoria y diploma. En la información que se use para propósitos estadísticos no se revelan nombres ni información personal de identificación en conexión con el mismo. Esta autorización deberá ser válida por un periodo de seis años a partir de la fecha de mi graduación de preparatoria.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (LETRA DE MOLDE): _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA:** _____

AUTORIZACIÓN PROMOCIONAL

(iniciales) (SI) Yo, el padre/tutor del estudiante, otorga el permiso para que la fotografía o el video de mi estudiante sea usado para el material de promoción de la UO (volantes, sitio de Internet, etc.).

_____ (NO) Yo, el padre/tutor del estudiante, no otorgo el permiso para que la fotografía o video de mi
(iniciales) estudiante sea usado como material de promoción por la UO.

SELECCIONE LAS OPCIONES DEL CAMPAMENTO
(ELECCIÓN DEL CAMPAMENTO VIENE PRIMERO, PRIMERO SIRVE LO BASICO)

1. Estudiantes de **Primer Grado** (7/24 - 7/28):

- ECONOMIA
- ESTUDIOS AMBIENTALES
- QUIMICA
- ALEMAN & ESCANDINAVO

2. Estudiantes de **Segundo grado** (7/24 – 7/28):

- SICOLOGIA
- ESTUDIOS INTERNACIONALES
- ARTES ARTISTICAS

7/10/17- 7/28/17

3. Estudiantes de **Tercer Grado** (7/17 – 7/21):

- BIOLOGIA
- EDUCACION
- FISICA & FISILOGIA (7/24-7/28)
- CLASICO ROMANO

4. Estudiantes de **Cuarto Grado** (7/17– 7/21):

- NEGOCIOS
- INGLES/PERIODISMO

Continúa en la siguiente página

Asunción de riesgo indemnización de todas las reclamaciones / pacto de no demandar

GRUPO: The Summer Academy to Inspire Learning (SAIL) Fecha(s): julio 10- julio 28,2017

Lider de la Actividad: Lara Fernandez, Director de Ejecutiva Departamento: CAS & Dep. Economico-Programa de SAIL

En consideración de permitir participación en cual quiere forma en la actividad anteriormente descrita (de aquí en adelante la actividad llamada) Yo, para mí, mis herederos, representantes personal y asignados, hacer su liberación, renunciar, y el pacto de no demandar el Estado de Oregon, el Consejo de la Administración de la Universidad de Oregon, y la Universidad de Oregon (colectivamente en adelante llamado la “Universidad”), sus oficiales, empleados, y agentes, resultando en lesiones personales, accidentes o enfermedad (incluyendo muerte), pérdida de propiedad, y los daños perjuicios, pero no limitado a, participación en la actividad.

Asunción de riesgo: Participación en la actividad lleva consigo ciertos riesgos inherentes que no pueden eliminarse independientemente del cuidado que se tome para evitar lesiones. El riesgo específico varea de un activada a otro, pero los riesgos van de (1) menor lesiones como raspones, moretes, y esguinces (2) lesiones graves como lesiones oculares o pérdida de vista, lesiones en las articulaciones o en la espalda, ataques cardíacos y concusiones a (3) Lesiones catastróficas incluyendo parálisis y muerte.

He leído los párrafos anteriores y sé, comprendo, Y apreciar estos y otros riesgos que son inherentes a la actividad. Por lo presente afirmo que mi participación en la actividad es voluntaria y que asumo conscientemente todo estos riesgos.

Indemnización y eximir de responsabilidad: También estoy de acuerdo en IDEMINIZAR, DEFENDER, Y SOSTENER la Universidad y sus oficiales, empleados, y agentes INOFENSIVOS de cualquiera de las reivindicaciones, acciones, traje, procedimientos, costo, gastos, danos y responsabilidad, incluyendo costos legales traído como resultado de mi participación en la actividad y a reembolsar por dicho gastos.

Autorización de tratamiento medico: Entiendo que una emergencia puede desarrollarse en cual se necesita requiere la administración de atención medica. En el evento de un lesión o enfermedad, autorizo a la universidad a asegura el tratamiento apropiado incluyendo la administración de un anestésico o cirugía. Comprendo que tal tratamiento será únicamente a mi cargo. A pesar de este párrafo, entiendo y estoy de acuerdo en que la universidad no tiene obligación de proporcionar o buscar cualquier tratamiento médico para mí.

Separabilidad: El abajo firmante también expresamente acepta el acuerdo de renuncia y asunción de riesgos mencionados anteriormente pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permite la ley del estado de Oregón y que si alguna parte de la misma se mantiene inválida, se acuerda que el saldo continuará, sin embargo, en pleno vigor y efecto jurídico.

Reconocimiento del entendimiento: He leído la renuncia y la responsabilidad, la asunción de riesgo y el acuerdo de indemnización, entiendo completamente los términos y comprendo que estoy renunciando a derechos sustanciales, incluyendo mi derecho a demandar. Reconozco que estoy firmando el acuerdo de manera libre y voluntaria, y que por mi signo se pretende que sea una liberación completa y no condicional de la responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley.

Medios de comunicación: Por la presente consiento irrevocablemente y autorizo a la universidad de Oregón a utilizar videos, fotografías, películas, grabaciones y otros registros (colectivamente Medios de comunicación) de la actividad y la participación de mi y de mi hijo en la actividad y utilizar las imágenes voz y/o semejanza con fines promocionales. En adición, la Universidad de Oregon tendrá derecho a adaptar, reproducir, editar, modificar, y hacer derivado trabajos de y desde los medios de comunicación en cualquier medio o tecnología actualmente conocida o desarrollada a continuación a perpetuidad, siempre y cuando el uso esté de acuerdo con los propósitos expuestos anteriormente. Reconozco que los medios de comunicación y otros trabajos serán exclusivamente para la propiedad de la Universidad de Oregón.

Como el **padre/guardián**, por lo presente autorizo la preparatoria/colegio/universidad/ programa de formación postsecundaria para liberar toda y cualquier información relacionada con mi ayuda financiera, grados, clase de pie, transferir registros, o cualquier información pertinente al programa de SAIL. Autorizo SAIL y sus agentes para usar información según sea necesario para administrar el programa de SAIL y para fines estadísticos y de investigación. La fundación SAIL puede liberar esta información a terceros tales como el National Student Clearing House para el seguimiento de la asistencia post secundaria y la obtención de un título. Información utilizada con fines estadísticos no contará con nombres o identificando información personal conectado a ella. Esta autorización será valida por un periodo de seis años a partir de mi fecha de graduación de la escuela preparatoria. **POR FAVOR LEA EL ACUERDO ENTERO ANTES DE FIRMAR**

Nombre de participante (por favor imprima legiblemente): _____

Firma de participante: _____ Fecha: _____

SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS, UN PADRE O GUARDIÁN LEGAL DEBE ACEPTAR Y FIRMAR A CONTINUACIÓN. ***

Nombre de padre o guardián legal (por favor imprima legiblemente): _____

Firma de padre o guardián legal: _____ fecha: _____

