

# Solicitud para Nuevos Estudiantes para el Campamento SAIL

Devuelva la aplicación a:  
Universidad de Oregon, Eugene, OR 97403  
[sailstaff@uoregon.edu](mailto:sailstaff@uoregon.edu) (541)-346-8378  
sail.uoregon.edu

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA INTERMEDIA: \_\_\_\_\_ ESCUELA PREPARATORIA: \_\_\_\_\_ GPA: \_\_\_\_\_

TALLA DE CAMISETA: CHICA MEDIANA GRANDE EXTRA GRANDE XXGRANDE

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

DOMICILIO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO TELÉFONICO DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TEL./CASA: \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE REGRESA A SAIL: SI NO

¿ERES UN JUVENTUD SIN ACOMPAÑAR? SI NO  
(bajo custodia del estado, hogares de guarda, personas sin hogar o que no viven con la familia)

¿ERES HERMANO DE UN ESTUDIANTE DE SAIL PASADO O ACTUAL? SI NO

IDENTIDAD DE GÉNERO O SEXO (CIRCULE): MASCULINO FEMENINO OTRO: \_\_\_\_\_

CALIFICA PARA ALMUERZO GRATIS/REDUCIDO: SI NO

CUÁL ES EL INGRESO ANUAL DE SU FAMILIA (estimado): Menos que \$15,000 \$15,000-30,000  
\$3,000-70,000 \$70,000-100,000 mas que \$100,000 Desconocido

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_

RECIBE SU HOGAR: SNAP TANF FDPIR OTRO: \_\_\_\_\_ DESCONOCIDO

ANTECEDENTE ÉTNICO (CIRCULE UNO): NATIVO DE ALASKA/NATIVO AMERICANO NEGRO/AFRICANO  
ASIATICO AMERICANO AFRO-AMERICANO HISPANO/LATINO BLANCO  
MEDIO ORIENTE/ARÁBICA OTROS/MULTIRACIAL PACIFICO NATIVO / ISLA DEL PACIFICO

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

¿SERÁS EL PRIMERO EN TU FAMILIA PARA ASISTIR A LA UNIVERSIDAD? (CIRCULE)      SI      NO

¿CUAL ES TU IDIOMA PRINCIPAL? \_\_\_\_\_

COMO LLEGARÁS AL CAMPAMENTO (SAIL): AUTOBÚS    PADRES    CAMINANDO    OTROS:

\_\_\_\_\_

¿NECESITARÁ PASE DE BUS?      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.): \_\_\_\_\_

¿HISTORIA DE DESORDEN ALIMENTICIO? SI/NO    RESTRICCIONES DE LA DIETA: \_\_\_\_\_

¿ALERGIAS?      SI/NO    DESCRIBA LA REACCIÓN: \_\_\_\_\_

### SELECCIONE LAS OPCIONES DEL CAMPAMENTO

(SELECCIONA EL CAMPAMENTO DE PRIMER PREFERENCIA Y SECUNDO PREFERENCIA CON EL NUMERO)

Estudiantes de **9 y 10 Grado:**

#### Julio 15 – 19

Economía  
Alemán/Escandinavo  
Psicología  
Oratoria y Debate

#### Julio 22 – 26

Química  
Estudios Ambientales  
Las Artes Escénicas  
Diseño de Producto  
Culturas del Mundo

Estudiantes de **11 y 12 Grado:**

#### Julio 15 – 19

Biología  
Negoció  
Educación  
Literatura y Periodismo  
Diseño de Producto

#### Julio 22 – 26

Geografía  
Literatura y Culturas del Mundo  
Física y Fisiología  
Diseño de Producto

Como **padre / tutor**, por la presente autorizo a mi escuela secundaria / universidad / universidad / programa de capacitación postsecundaria para liberar toda la información relacionada con mi ayuda financiera, calificaciones, posición de clase, registros de transferencia o cualquier otra información relevante para el programa SAIL. Autorizo a SAIL y a sus agentes a utilizar esta información según sea necesario para administrar el programa SAIL y para fines estadísticos y de investigación. La fundación SAIL puede divulgar esta información a terceros, como la National Student Clearing House, con el fin de rastrear la asistencia a la educación superior y la finalización de un título. La información utilizada con fines estadísticos no tendrá nombres individuales o información de identificación personal conectados a ella. Esta autorización será válida por un período de seis años desde la fecha de mi graduación de la escuela secundaria.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## **Aceptación de Riesgo / Liberación e Indemnización de Todas las Demandas / Acuerdo de No Demandar**

<b>Información de la Actividad</b>	
Grupo: The Summer Academy to Inspire Learning (SAIL)	Fecha(s): July 15 – July 26, 2018
Actividad: Summer Program	
Líder de la Actividad: Lara Fernandez, Executive Director 541-346-8378	
Departamento: CAS & Economics Dept. – SAIL Program	

En consideración a la posibilidad de participar de cualquier manera en la actividad arriba descrita (en adelante denominada la "Actividad"), yo, para mí, mis herederos, representantes personales y cesionarios, por este medio, divulgo, renuncio, y prometo no demandar al Estado de Oregón, a la Junta Directiva de la Universidad de Oregón ya la Universidad de Oregón (colectivamente, en adelante, la "Universidad"), a sus funcionarios, empleados y agentes de cualquier reclamación incluyendo la negligencia de La Universidad, sus funcionarios, empleados y agentes, resultando en lesiones personales, accidentes o enfermedades (incluyendo muerte), pérdida de propiedad y daños que surjan de , pero no se limitan, a la participación en la Actividad.

**Aceptación de Riesgos:** La participación en la Actividad conlleva ciertos riesgos inherentes que no pueden eliminarse independientemente del cuidado que se tome para evitar lesiones. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero los riesgos van desde (1) lesiones menores como rasguños, moretones y esguinces (2) lesiones graves como lesiones oculares o pérdida de la vista, lesiones en las articulaciones o en la espalda, ataques cardíacos, y conmociones cerebrales a (3) lesiones catastróficas incluyendo parálisis y muerte.

He leído los párrafos anteriores y sé, entiendo y aprecio estos y otros riesgos inherentes a la Actividad. Afirmo por este medio que mi participación en la Actividad es voluntaria y que asumo conscientemente todos esos riesgos.

**Indemnización y Mantenimiento Inofensivo:** También acepto INDEMNIZAR, DEFENDER Y SOSTENER a la Universidad y a sus funcionarios, empleados y agentes EXONERADOS de todas las reclamaciones, acciones, demandas, procedimientos, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluyendo honorarios de abogado como resultado de mi participación en la Actividad y para reembolsarlos por los gastos incurridos.

**Autorización de Tratamiento Médico:** Entiendo que puede desarrollarse una emergencia que requiera la administración de atención médica. En caso de lesión o enfermedad, autorizo a la Universidad a asegurar el tratamiento apropiado incluyendo la administración de un anestésico y cirugía. Entiendo que tal tratamiento será

únicamente a costo mío. No obstante este párrafo, entiendo y estoy de acuerdo en que la Universidad no tiene ninguna obligación de proporcionar o buscar cualquier tratamiento médico para mí.

**Divisibilidad:** El abajo firmante también acepta expresamente que el acuerdo anterior de renuncia y asunción de riesgos tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como está permitido por la ley del Estado de Oregón y que si cualquier parte del mismo se considera inválida, no obstante, seguirá vigente en pleno vigor y efecto.

**Reconocimiento de Entendimiento:** He leído esta renuncia de responsabilidad, asunción de riesgo y acuerdo de indemnización, entiendo completamente sus términos y entiendo que estoy renunciando a derechos sustanciales, incluyendo mi derecho a demandar. Reconozco que estoy firmando el acuerdo de forma libre y voluntaria, y pretendo por mi firma ser una liberación total e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley.

**POR FAVOR LEA TODO EL ACUERDO ANTES DE FIRMAR.**

Nombre del Participante (por favor escriba legible): \_\_\_\_\_ Firma del Participante: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*\*SI EL/LA PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, UN PADRE O TUTOR LEGAL DEBE ACEPTAR Y PONER SUS INICIALES EN LAS CLÁUSULAS ANTERIORES Y FIRMAR ABAJO.\*\*\***

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (por favor escriba legible): \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_