

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

Estamos contentos de que su hijo solicite participar en las actividades del campamento Shriver que se realizarán en la UMass de Boston este verano. La información en esta solicitud es necesaria para que su hijo pueda asistir al campamento y puede estar seguro que es **confidencial**.

Los formularios deben completarse y entregarse a la UMass de Boston para el **VIERNES, 9 DE MAYO**. **Sólo se aceptarán las solicitudes que estén completas.** Es importante que sepa que la entrega de la solicitud no garantiza la matrícula de su hijo/a al campamento, ya que el número es limitado. Se considerarán todos aquellos solicitantes que llenen el criterio de selección. Los acampadores que se acepten tendrán que pagar \$25 de matrícula para reservar su lugar.

Esta solicitud pide muchos diferentes tipos de información. Una vez haya llenado la solicitud, revise la siguiente lista para asegurarse que ha incluido toda la información necesaria.

**Sí, he completado:**

- La información personal, familiar y de contacto en caso de emergencia**
- El consentimiento para darle al niño/a tratamiento médico**
- El historial de salud (INCLUYENDO LA FIRMA DEL MÉDICO)**
- Los formularios de descargo**
  - Descargo general
  - Descargo para participar en las actividades del campamento Shriver
  - Descargo para aparecer en los medios de información
- Esta solicitud deberá llenarse **COMPLETAMENTE** y devolverse a la oficina del campamento Shriver para la fecha tope, el **VIERNES, 9 DE MAYO**. Se aceptarán solamente las solicitudes que estén **COMPLETAS**. Favor de escribir de manera legible. También asegúrese de dar la información completa y la más reciente.
- Cuando haya terminado de llenar todos los formularios, envíelos por correo, FAX o entréguelos personalmente en el Centro para el Desarrollo Social y la Educación en la UMass de Boston. (La información se halla en la última página de este paquete.)

**Si tiene alguna pregunta con respecto a estos formularios, llame al teléfono 617-287-7276 y pregunte por Karen para que le brinde ayuda.**

# INFORMACIÓN PERSONAL

## **POR FAVOR ESCRIBA DE MANERA LEGIBLE**

Nombre del menor (Nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
# y calle # de Apt. Ciudad Estado Código postal

# de teléfono \_\_\_\_\_ # telefónico celular de los padres \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del menor \_\_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_ Varón \_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

La lengua que se habla en casa \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Color de pelo \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Color de ojos \_\_\_\_\_

¿Sabe nadar su hijo/a? \_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_ **NO**

¿Qué hizo su hijo/a el verano pasado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Solicitó su hijo/a la entrada al campamento Shriver el verano pasado (2007)? \_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_ **NO**

¿Alguna vez ha asistido alguien de la familia al campamento Shriver? \_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_ **NO**

Si alguien lo hizo, favor de dar el nombre \_\_\_\_\_

¿Recibe su hijo/a servicios educativos especiales (IEP)? \_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_ **NO**

**Doy el permiso para que se le entreguen al campamento Shriver de la UMass de Boston los expedientes de salud, de elegibilidad de almuerzo rebajado, del Plan Educativo Individual (IEP) y cualquier otro expediente pertinente.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# INFORMACIÓN FAMILIAR Y DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

1. Nombre de uno de los padres o del encargado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

El mejor # telefónico durante el día \_\_\_\_\_ # alternativo \_\_\_\_\_

Su parentesco con el menor \_\_\_\_\_

2. Nombre de uno de los padres o del encargado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

El mejor # telefónico durante el día \_\_\_\_\_ # alternativo \_\_\_\_\_

Su parentesco con el menor \_\_\_\_\_

**Otras personas con quienes ponerse en contacto en caso de emergencia: (Estas estarán disponibles de las 7:30 a.m. - 3:30 p.m., de lunes a viernes)**

---

<b>Nombre</b>	<b>Parentesco (Pariente, amigo, vecino)</b>	<b># telefónico durante el día</b>
---------------	---	------------------------------------

---

<b>Nombre</b>	<b>Parentesco (Pariente, amigo, vecino)</b>	<b># telefónico durante el día</b>
---------------	---	------------------------------------

# CONSENTIMIENTO PARA DARLE AL MENOR TRATAMIENTO MÉDICO



UNIVERSITY  
Health Services

## Consentimiento para darle al niño/a tratamiento médico

Su hijo/a asiste al campamento Shriver ubicado en la Universidad de Massachusetts de Boston. Los Servicios Universitarios de Salud les ofrecen primeros auxilios gratis a los menores que participen en los programas de UMB del campus. Las leyes de Massachusetts requieren el consentimiento de uno de los padres o del encargado legal para darles atención médica a los menores y eso incluye los primeros auxilios. Por favor llene el formulario a continuación para permitirles a los Servicios Universitarios de Salud que le den a su hijo/a los primeros auxilios que sean necesarios.

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre/la madre/el/la  
Nombre

encargado(a) legal de \_\_\_\_\_ que es una persona de  
Nombre del menor

menor edad y cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo autorizo a los Servicios de Salud de la Universidad de Massachusetts a que le den a mi hijo/a los primeros auxilios.

Yo tengo entendido que si mi hijo/a necesitara atención médica más extensa, uno de los proveedores de salud de los Servicios Universitarios de Salud me lo hará saber. También tengo entendido que si la lesión/enfermedad se determinara a ser amenazadora de muerte, se llamará una ambulancia para que lleve a mi hijo/a al hospital y que el proveedor hará todo esfuerzo para comunicarse conmigo.

Al firmar este documento, yo declaro que he leído y entiendo el contenido de este consentimiento y que cualquier pregunta que yo tenga antes de firmar este documento me la podrán contestar si llamo a los Servicios Universitarios de Salud al número 617.287.5660.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Información de salud:

La historia médica previa incluye: \_\_\_\_\_

Alergia (a medicina u otra cosa): \_\_\_\_\_

Medicina que mi hijo/a toma actualmente: \_\_\_\_\_

### Números telefónicos de emergencia:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Casa

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cell

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Trabajo

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Otra persona

## HISTORIAL DE SALUD (QUE LOS PADRES O ENCARGADOS DEBEN LLENAR)

Nombre del niño/a (Nombre y apellido) \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha sufrido (tenido) o sufre de alguna de las siguientes condiciones medicas? **Si la respuesta es un sí a cualquiera de ellas, por favor de más información en el reverso de esta hoja.**

**Si**      **No**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca/defecto cardíaco/presión alta     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en el pecho                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accesos, ataques epilepticos, desmayos                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conmoción cerebral, golpes serios a la cabeza         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operaciones graves o enfermedades serias              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insolación/agotamiento                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ceguera/problemas visuales                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lentes de contacto/anteojos                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de audición/audífono                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de huesos o coyunturas                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tendencia a sangrar                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas emocionales/psiquiátricos/de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Características de drepanocitosis o la enfermedad     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacunas al corriente                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dieta especial o alergia a alguna comida: _____       |

¿Será necesario que su hijo tome alguna medicina durante las horas del campamento?    **\_\_\_ Si \_\_\_ No**

Si es así, de las instrucciones a continuación. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Use el espacio a continuación para dar cualquier información adicional acerca del estado físico de su hijo/a que los del campamento deban saber.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Use el espacio a continuación para dar cualquier información adicional acerca del comportamiento o la salud emocional/mental de su hijo/a que los del campamento deban saber.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Firma del pariente/encargado)

## LA FIRMA DEL PROVEEDOR MÉDICO

**Nota: Si Ud. no puede conseguir la firma de una persona proveedora de servicios médicos (doctor, enfermera, asistente de médico), Ud. puede entregar una copia del formulario escolar que se llenó cuando se le hizo a su hijo/a el examen físico. Este examen tuvo que haberse realizado después del primero de agosto del 2007.**

**SI UD. NO PUEDE LOGRAR QUE LE FIRMEN ESTE FORMULARIO ANTES DEL 9 DE MAYO, HAGA EL FAVOR DE PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS.**

### SECCION PARA QUE LA COMPLETE UN PROVEDOR MÉDICO:

\_\_\_\_\_ esta capacitado/a físicamente para participar en un  
Nombre del niño/a  
campamento para deportes generales de cuatro semanas de duración diseñado para niños con y sin  
discapacidades. Este niño/a también está al corriente con las vacunas.

Comentarios/Limitaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

# FORMULARIOS DE DESCARGO

**POR FAVOR LEA BIEN LOS SIGUIENTES DESCARGOS Y LUEGO FIRME. Estos formularios son válidos por todo el período de duración del campamento Shriver (del 7 de julio al primero de agosto).**

## DESCARGO GENERAL

Yo, \_\_\_\_\_, como padre de familia o encargado legal de  
NOMBRE DEL FAMILIAR/ENCARGADO

\_\_\_\_\_ por la presente en mi nombre y en nombre  
NOMBRE DEL NIÑO/A

de mis herederos, apoderados, etc. renuncio todo tipo de demanda contra la Universidad de Massachusetts de Boston y la libero de cualquier y todo daño personal, de propiedad u otra demanda de cualquier naturaleza sin importar las circunstancias que ocurran en el transporte a y de las actividades de participación nuestra en el campamento Shriver.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar /encargado

## DESCARGO PARA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL CAMPAMENTO SHRIVER

Por este medio doy el permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades del campamento Shriver, incluyendo el transporte, a realizarse en la Universidad de Massachusetts de Boston desde la fecha de aceptación y a través de su participación en el programa, y por la presente certifico que las declaraciones en estos formularios son verdaderas según mi leal saber y entender. Acordamos además apoyar las reglas administrativas del campamento Shriver y cooperar con el personal en toda su extensión.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar /encargado

## DESCARGO PARA APARECER EN LOS MEDIOS DE INFORMACIÓN

Por la presente doy permiso para que el nombre de mi hijo/a, su foto, una cinta de video o comentario se use en conexión con las actividades del campamento Shriver ubicado en la Universidad de Massachusetts de Boston y que lo use el campamento o sus agencias en artículos a publicarse en periódicos o revistas, su página Web o en la televisión y otras presentaciones tocantes al campamento.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar /encargado

**POR FAVOR DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA Y FIRMADA AL :**

Center for Social Development & Education  
Attn: Camp Shriver  
UNIVERSITY OF MASSACHUSETTS BOSTON  
100 MORRISSEY BLVD.  
BOSTON, MA 02125-3393  
TELEPHONE (617) 287-7250  
FAX (617) 287-7249