

Nebraska Wildlife Rehab - *Rehabilitación de Vida Salvaje de Nebraska*
High School Science Academy - *Academia de Ciencias de Preparatoria*
Formulario de Autorización de Participación & Liberación de Responsabilidad

Este formulario de Autorización de Participación & Liberación de Responsabilidad deberá ser completado (por favor usen letra de molde) y firmen en donde sea necesario como prerrequisito necesario para participar en todas las actividades relacionadas a la Academia de Ciencias de Preparatoria de Rehabilitación de Vida Salvaje de Nebraska del 25 de septiembre, 2018 al 1 de septiembre, 2019.

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Domicilio: _____ Teléfono durante el día: (____) _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono durante la tarde: (____) _____

Autorización de Participación & Liberación de Responsabilidad. Yo, como padre o tutor legal del estudiante menor antes mencionado (posteriormente referido como “Estudiante”), por la presente otorgo el permiso necesario para permitir al Estudiante la participación en la Academia de Ciencias de Preparatoria operada y patrocinada por Nebraska Wildlife Rehab, Inc., una corporación sin fin de lucro de Nebraska (“NWRI”), lo cual incluye, mas no es limitado a, salón de clases, laboratorio, y actividades de trabajo de campo en el campus de University of Nebraska at Omaha, el campus de College of St. Mary, el campus de Creighton University, en Spring Creek Prairie en Denton, NE, en Fontenelle Forest, en Cedar Point Biological Station, y en otras ubicaciones que serán determinadas NWRI (el programa “Programa Academia de Ciencias de Preparatoria”). En consideración con que NWRI permita al Estudiante la participación en el Programa Academia de Ciencias de Preparatoria, yo, de mi parte y de parte del Estudiante, acuerdo también liberar y mantener indemne a NWRI y University of Nebraska at Omaha y cada uno de sus respectivos miembros, directores, oficiales, representantes, agentes, y personal y cada uno de sus respectivos sucesores, asignados, herederos, y beneficiarios (posteriormente colectivamente las “Partes Liberadas”) de toda y cualquier responsabilidad de sentencia por demanda, pérdidas, responsabilidades, costos, y gastos (incluyendo, sin limitaciones, costos y gastos de abogado) que surjan de o en conexión con la participación del Estudiante en el Programa Academia de Ciencias de Preparatoria, incluyendo cualquier demanda que surja de o en conexión con cualquier enfermedad o lesión que el Estudiante pueda incurrir o sostener mientras participe en el Programa Academia de Ciencias de Preparatoria. Además acuerdo explícitamente el indemnificar, defender y mantener indemnes a las Partes Liberadas en contra de cualquier pérdida de cualquier reclamación posterior, demanda o acciones que puedan ser subsecuentemente traídas por el Estudiante o por cualquier otra persona por daños de cualquier tipo resultando al Estudiante de cualquier forma del Programa Academia de Ciencias de Preparatoria.

Autorización de Transporte. Por la presente acuerdo que el Estudiante puede utilizar los siguientes métodos de transporte para participar en el Programa Academia de Ciencias de Preparatoria (por favor escriba sus iniciales en todas las que apliquen):

_____ Autobús o cualquier otro transporte comercial provisto por NWRI

_____ Taxi provisto por NWRI

_____ Vehículo privado perteneciente a, o manejado por, un miembro del persona de NWRI

_____ Vehículos privados, pertenecientes a, o manejados por, otros estudiantes o padres de Academia de Ciencias de Preparatoria.

_____ Vehículos privados pertenecientes a nuestra familia.

Liberación Medica: Yo, de mi parte y de parte del Estudiante, reconozco y acuerdo que tal participación sujeta al Estudiante a la posibilidad de enfermedades físicas o lesión y que yo, de mi parte y de parte del Estudiante, reconozco que el Estudiante está asumiendo el riesgo de tal enfermedad o lesión al participar en el Programa Academia de Ciencias de Preparatoria. En el evento de enfermedad o lesión, yo autorizo que NWRI obtenga el tratamiento médico necesario para que el Estudiante y por la presente, de mi parte y de parte del Estudiante, libere mantenga indemne a las Partes Liberadas en el ejercicio de esta autoridad. Además reconozco y entiendo que yo seré responsable por cualquier y todas las facturas médicas y relacionadas que puedan surgir por parte del Estudiante por cualquier enfermedad o lesión que el Estudiante pueda sostener mientras participa en el Programa Academia de Ciencias de Preparatoria. En el evento que NWRI necesite obtener tratamiento médico necesario para el Estudiante, yo autorizo el cuidado del Estudiante en unas instalaciones de cuidado médico usando la información de cobertura médica siguiente:

Proveedor

Identificación del Suscriptor

Número de Grupo

Número de Póliza

EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA, Y EN CASO DE QUE NO PUEDAN CONTACTARME, CONTACTEN A LAS SIGUIENTES PERSONAS EN LOS TELEFONOS LISTADOS DEBAJO:

Nombre _____ Relación _____
Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____

Nombre _____ Relación _____
Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____

Nombre del Doctor _____ Teléfono de Oficina _____
Nombre del Dentista _____ Teléfono de Oficina _____

Yo represento que cualquier medicamento al que el Estudiante sea alérgico o medicamentos que el Estudiante esté tomando actualmente están listados en la adenda anexa de Información de Salud, la cual deberá ser incorporada a este documento por esta referencia. Yo acuerdo que el Estudiante deberá ser responsable de traer consigo al Programa Academia de Ciencias de Preparatoria cualquier medicamento que el Estudiante esté tomando actualmente y que se le requerirá al estudiante que tome esta antes de, durante o después de participar en tales actividades y que él/ella deberá consumir la dosis prescrita de tal medicamento. También represento que si el Estudiante está en cualquier medicamento que el Estudiante deba tomar durante o después de las actividades del Programa Academia de Ciencias de Preparatoria, y el Estudiante no puede tomar el medicamento él/ella mismo(a), yo requeriré preparar y programar que yo o algún otro adulto calificado en el sitio durante las actividades del Programa Academia de Ciencias de Preparatoria administre cualquier medicamento o maneje cualquier otra condición listada debajo que el Estudiante pueda encarar. Yo reconozco y acuerdo que si no estoy en el sitio o no tengo otro adulto calificado en el sitio para tales propósitos, NWRI no le permitirá al Estudiante la participación en actividades del Programa Academia de Ciencias de Preparatoria. Yo reconozco que he completado la adenda anexa de Información de Salud de la mejor manera posible en base a mis conocimientos y que toda la información contenida en tal adenda es verdadera, precisa y completa.

Si cualquiera de las provisiones de este Formulario de Autorización de Participación & Liberación de Responsabilidad es determinada por cualquier corte como inválida, entonces tal invalidez no deberá afectar ninguna otra provisión de este Formulario de Autorización de Participación & Liberación de Responsabilidad al cual se le puede dar efecto razonable sin tal provisión inválida; y para tal propósito, las provisiones de este Formulario de Autorización de Participación & Liberación de Responsabilidad deberán ser separables una de la otra.

Yo, de mi parte y de parte del Estudiante, estoy al tanto de que este Formulario de Autorización de Participación & Liberación de Responsabilidad libera a las Partes Liberadas de responsabilidad y contiene un reconocimiento de que yo asumo de manera voluntaria y con conocimiento el riesgo de lesión o enfermedad. Yo, de mi parte y de parte del Estudiante, he firmado este documento voluntariamente y con libre elección.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Relación con el Estudiante

AUTORIZACION PARA CUIDADO DE EMERGENCIA

(Tratamiento Médico, y/o Quirúrgico)

En caso de emergencia médica durante las actividades del Programa Academia de Ciencias de Preparatoria, yo por la presente autorizo al doctor o al hospital al cual mi hijo/a ha sido llevado que provea cualquier tratamiento médico o cuidado quirúrgico de emergencia como sea razonablemente necesario.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

ADENDA DE INFORMACION DE SALUD

Nombre del Estudiante_____

Fecha de Nacimiento_____ Edad_____

Domicilio_____

1. Por favor liste todas las condiciones médicas que el Estudiante sufra: _____

2. Por favor liste todas las alergias (ej. a comida, plantas, piquetes de abeja, penicilina u otros medicamentos) que el Estudiante sufra: _____

3. Por favor liste todos los medicamentos que el Estudiante está actualmente tomando y que tomará durante el Programa Academia de Ciencias de Preparatoria. También incluya si cualquier medicamento necesitará ser administrado por un adulto. (Los medicamentos deberán estar en una embace o contenedor apropiadamente etiquetado): _____

4. Por favor liste todas las restricciones especiales en la participación del Estudiante en cualquiera de las actividades del Programa Academia de Ciencias de Preparatoria o todas las demás precauciones de las cuales NWRI deba estar al tanto: _____

