

# Formulario de historial de salud 1

Desarrollado y revisado por: American Camp Association, American Academy of Pediatrics Council on School Health, \* Association of Camp Nurses

**Por favor, entregue este formulario en la reunión de los padres.**

fechas asistirán al campamento de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Mes/ día /año Mes/ día /año

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido

Hombre  Mujer Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Edad al llegar al campamento \_\_\_\_\_  
Mes/ día /año

**A los padres/tutores, siga las instrucciones a continuación.**

**Adjunte información adicional si es necesario.**

1) Complete las páginas 1, 2 y 3 de este Formulario de Historial de Salud (Forma 1)

## Dirección:

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Padre/tutor con custodia legal a ser contactada en caso de enfermedad o lesión:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfonos preferidos (\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Dirección de casa:

(si es diferente de arriba) Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Segundo padre/tutor u otro contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfonos preferido (\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto adicional en caso de que no se puedan alcanzar los padres/tutores/tutores:

Name(s): \_\_\_\_\_ Relación a estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfonos preferido (\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Alergias:

- No hay alergias conocidas.  
 Este estudiante es alérgico a  Alimento  Medicina  el medio ambiente (picaduras de insectos, fiebre del heno, etc.)  
 Otro (describe a continuación a qué es alérgico el estudiante y la reacción vista).

## Dieta/nutrición

- El estudiante come una dieta regular  El estudiante come una dieta vegetariana.

## Restricciones físicas:

He revisado el programa y las actividades del campamento y siento que el estudiante puede participar sin restricciones.  
 He revisado el programa y las actividades del campamento y siento que el estudiante puede participar con las siguientes restricciones o adaptaciones..  
**(Por favor describa)**

## Información de seguro médico

El estudiante está cubierto por un seguro médico: Si No

**Incluya una copia de su seguro y tarjetas de receta si corresponde; Copie ambos lados de la tarjeta para que la información sea legible.**

Compañía de seguro de salud \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Suscriptor \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la compañía de salud \_\_\_\_\_

Proveedor de recetas \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Suscriptor \_\_\_\_\_ Número de teléfono del proveedor \_\_\_\_\_

## Autorización de padres/tutores para la atención médica:

Este historial de salud es correcto y refleja con precisión el estado de salud del estudiante con el que se refiere. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, excepto según lo señalado por mí y/o un médico examinador. Doy permiso al médico seleccionado por el campamento para ordenar radiografías, pruebas de rutina y tratamiento relacionado con la salud de mi hijo tanto para la atención médica de rutina como en situaciones de emergencia. Si no me pueden contactar en una emergencia, le doy mi permiso al médico para hospitalizar, asegurar un tratamiento adecuado y ordenar inyección, anestesia o cirugía para este niño. Entiendo que la información sobre este formulario se compartirá en función de la 'necesidad de saber' con el personal del campamento. Doy permiso para fotocopiar este formulario. Además, el campamento tiene permiso para obtener una copia del historial de salud de mi hijo de proveedores que tratan a mi hijo y estos proveedores pueden hablar con el personal del programa sobre el estado de salud de mi hijo.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
de la custodia \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ a estudiante: \_\_\_\_\_

Camper Name \_\_\_\_\_

First

Middle

Last

(For Camp Use) Cabin or Group \_\_\_\_\_

# Formulario de historial de salud 1

Desarrollado y revisado por: American Camp Association, American Academy of Pediatrics Council on School Health, \* Association of Camp Nurses

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: Mes/día/año \_\_\_\_\_

**Historial de inmunización:** Proporcione el mes y el año para cada inmunización. Las inmunizaciones con una estrella deben ser actuales. Las copias de los formularios de inmunización de los proveedores de atención médica o el gobierno estatal o local son aceptables; adjunte a este formulario.

Inmunización	Dosis 1 Mes/año	Dosis 2 Mes/año	Dosis 3 Mes/año	Dosis 4 Mes/año	Dosis 5 Mes/año	Dosis más reciente Mes/año
Difteria, tétanos, tos ferina ☆, (DTaP) or (TdaP)						
Refuerzo contra el tétanos ☆ (dT) or (TdaP)						
Paperas, sarampión, rubéola ☆ (MMR)						
Polio ☆ (IPV)						
Haemophilus influenza tipo B (HIB)						
Neumocócica (PCV)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Varicela	<input type="checkbox"/> ha tenido varicela Fecha: _____					
Meningitis meningocócica (MCV4)						

Tuberculosis (TB) prueba      Fecha: \_\_\_\_\_       Negativo     Positivo

**Si su estudiante no ha sido completamente inmunizado, firme la siguiente declaración: entiendo y acepto los riesgos de que mi hijo no esté completamente inmunizado.**

Firma del padre/tutor de la custodia : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación a estudiante: \_\_\_\_\_

**Medicamento:**  Este estudiante no tomará ningún medicamento diario mientras asistirá al campamento.  
 Este estudiante tomará los siguientes medicamentos diarios mientras esté en el campamento:  
 'Medicación' es cualquier sustancia que una persona toma para mantener y/o mejorar su salud. **Todos los medicamentos deben ser recetados por un médico con licencia. Todos los medicamentos deben permanecer en los contenedores originales con etiquetas que muestran el nombre del niño y la información de dosificación.**  
**Proporcione suficiente de cada medicamento para durar todo el tiempo que la caravana estará en el campamento.**

Medicamento	Fecha iniciada	Razón para tomarlo	A tomar en el	Cantidad o dosis dada	Cómo se debe tomar
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> A dormir		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bedtime		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> A dormir		

Los siguientes medicamentos sin receta pueden almacenarse en el Centro de Salud del Campamento y se utilizan según sea necesario para manejar enfermedades y lesiones. **Cruce a los que NO se debe dar al alumno.**

- |   |  |
|---|--|
| Paracetamol (Tylenol)                         | Ibuprofeno (Advil, Motrin)                                       |
| Descongestionante de fenilefrina (Sudafed PE) | Descongestionante pseudoefedrina (Sudafed)                       |
| Antihistamínico/medicamento para la alergia   | Jarabe para la tos (Robitussin) Difenhidramina                   |
| Antihistamínico (Benadryl)                    | Jarabe de tos dextrometorfano (Robitussin DM)                    |
| Spray de dolor de garganta                    | Pastillas para la tos genéricas                                  |
| Champú o crema de piojos (Nix o Elimate)      | Crema antibiótica  |
| Loción de calamina                            | Áloe   |
| Laxantes para el estreñimiento (Ex-Lax)       | Subsalicilato de bismuto para diarrea (Kaopectate, Pepto-Bismol) |

# Formulario de historial de salud 1

Desarrollado y revisado por: American Camp Association, American Academy of Pediatrics Council on School Health, \* Association of Camp Nurses

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Fecha de

nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes/día/año

## Historial de salud general: verifique 'sí' o 'no' para cada declaración. Explique las respuestas "Sí" a continuación.

El estudiante:

1. ¿Ha sido hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	11. ¿Tiene desmayos o mareos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Se sometió a una cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	12. ¿Se desmayó/tuvo dolor en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Tiene enfermedad recurrente/crónica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	13. ¿Ha tenido mononucleosis ('mono') durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Tuvo una enfermedad infecciosa reciente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	14. Si es mujer, ¿ha tenido problemas con los períodos/menstruación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Tuvo una lesión reciente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	15. ¿Tiene problemas con quedarse dormido/sonambulismo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Tenía asma/sibilancias/falta de aliento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	16. ¿Alguna vez tuvo problemas de espalda/articulación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Tiene diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	17. ¿Tiene una historia de mojar la cama?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Tenía convulsiones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	18. ¿Tiene problemas con la diarrea/estreñimiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	19. ¿Tiene algún problema de piel?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Usa lentes, contactos o gafas protectores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	20. ¿Viajó fuera del país en los últimos 9 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Explique las respuestas de "sí" en el espacio a continuación, señalando el número de preguntas. Para viajes fuera del país, por favor nombra a los países visitados y fechas de viaje.

## Salud mental, emocional y social: Verifique 'Sí' o 'No' para cada declaración.

El estudiante:

- ¿Alguna vez ha sido tratado por trastorno por déficit de atención (ADD) o trastorno por déficit de atención/hiperactividad (AD/HD)? .....  Sí  No
- ¿Alguna vez ha sido tratado por dificultades emocionales o de comportamiento o un trastorno alimentario? .....  Sí  No
- Durante los últimos 12 meses, ¿visto a un profesional para abordar las preocupaciones de salud mental/emocional?.....  Sí  No
- ¿Tuvo un evento de vida significativo que continúa afectando la vida del estudiante? .....  Sí  No  
(Historia de abuso, muerte de un ser querido, cambio familiar, adopción, cuidado de crianza, nuevo hermano, sobrevivió a un desastre, otros)

Explique las respuestas de "sí" en el espacio a continuación, el campamento puede contactarlo para obtener información adicional.

## Proveedores de servicios de salud:

Nombre del médico principal: \_\_\_\_\_ Tel: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Tel: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del ortodoncista: \_\_\_\_\_ Tel: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**¿Qué hemos olvidado preguntar?** Proporcione en el espacio debajo de cualquier información adicional sobre la salud del estudiante que crea importante o que pueda afectar la capacidad del estudiante para participar plenamente en el programa del campamento. **Adjunte información adicional si es necesario.**



**AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN  
MULTIJURISDICCIONAL PARA SERVICIOS  
MÉDICOS Y DENTALES**

**IMPORTANTE: Esta sección debe completarse para asistir. \***

El abajo firmante, como padre o padres, o tutor legal o tutores legales, del persona mencionada anteriormente, un menor (el "menor"), por el presente autoriza a la Fundación Downey para Oportunidades Educativas y sus directores y líderes autorizados (colectivamente "DFEO") a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria (colectivamente, "atención médica") que se brindará al menor bajo la supervisión general o especial y con el asesoramiento de un médico o cirujano con licencia según las leyes del estado u otra jurisdicción en la que se busca la atención médica, y dar su consentimiento a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y atención hospitalaria (colectivamente, "atención dental") que debe brindarle al menor un dentista con licencia según las leyes del estado u otra jurisdicción en la que se solicita la atención dental . A los efectos de la atención médica o dental obtenida en el Estado de California, esta autorización se otorga de conformidad con las disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California, en su forma enmendada. Para el propósito de atención médica o atención dental obtenida fuera de California, esta autorización se otorga con la intención de que cualquier consentimiento otorgado de conformidad con esta autorización sea el consentimiento de cada uno de los abajo firmantes.

Se entiende que si el tiempo y las circunstancias lo permiten razonablemente, DFEO se esforzará, pero no está obligado, a comunicarse con al menos uno de los abajo firmantes antes de brindar atención médica o atención dental para la cual se otorga el consentimiento de conformidad con esta autorización. El abajo firmante comprende y acepta que DFEO no será legal o financieramente responsable de ningún reclamo que surja de cualquier atención médica o dental proporcionada de conformidad con esta autorización. El abajo firmante acepta indemnizar y eximir de responsabilidad a DFEO de cualquier reclamo realizado por o en nombre de dicho menor que surja de cualquier atención médica o dental proporcionada de conformidad con esta autorización.

Esta autorización se otorga a DFEO para su uso en conjunto con cualquier evento operado por DFEO, y será válida hasta que sea revocada por escrito por el abajo firmante o cualquiera de ellos.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_ EXPIRA \_\_\_\_\_

NOTA: DFEO solicita que, si el menor está bajo la custodia de ambos padres o más de un tutor legal, ambos o todos firmen esta autorización. DFEO entiende que el menor está bajo la custodia únicamente de la persona o personas que han firmado esta autorización.

\* Si por motivos religiosos no puede firmar esto, se debe contactar a la sucursal para una renuncia legal que debe ser firmado para la asistencia.

**Formulario de información cooperativa de padres**

Fundación de Downey Para Oportunidades Educativas

Nombre de niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**SOBRENOMBRE PREFERIDO:** \_\_\_\_\_

**Amigos con los que a su hijo le gustaría estar en el campamento si es posible:**

1. \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIAL**

(Ser completado por padres o tutores)

**La información solicitada ayudará enormemente al personal del campamento y a los directores a ser del mejor servicio para su hijo. Se agradecerá cualquier información adicional que desee proporcionar por conferencia o por carta. El propósito de esta información es proporcionar la mejor experiencia de campamento para todos los interesados. Los directores y el personal del campamento tendrán toda la información en estricta confianza.**

(Regrese a Tod Corrin en o antes de la noche de rally del campamento)

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
	(    )		(    )
Padre / Guardián Legal / o Nombre del Padre	Teléfono de casa	Teléfono celular/otro	
	(    )	(    )	
Padre adicional/ Guardián Legal / o Nombre de la madre	Teléfono de casa	Teléfono celular/otro	

¿Algún hermano? \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_ ¿Alguna hermana? \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

¿Alguno otros que viven en casa? \_\_\_\_\_ ¿Viven los padres juntos? \_\_\_\_\_ ¿El niño ha estado en el campamento antes? \_\_\_\_\_

¿Dónde han estado en campamento? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo estuvieron en el campamento? \_\_\_\_\_

¿Qué esperas que tu hijo aprenda en el campamento? \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente su hijo al ir al campamento? (Miedos, esperanzas, etc.) : \_\_\_\_\_

¿Su hijo se lleva bien con sus compañeros?  Siempre  Normalmente  Raramente  
Niño generalmente con compañeros que son...  Más jóvenes  Misma edad  Mayor  
¿Qué hace su hijo en su tiempo libre?: \_\_\_\_\_

¿En qué se destaca su hijo? Escuela: \_\_\_\_\_  
Deportes: \_\_\_\_\_ Aficiones: \_\_\_\_\_  
Música: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Adicional: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la capacidad de natación de su hijo?: \_\_\_\_\_  
¿Su hijo asiste a la iglesia? Regularmente  Ocasionalmente  Nunca

Nombre de iglesia \_\_\_\_\_  
Otras actividades de la iglesia \_\_\_\_\_

¿Qué comida se niega su hijo a comer?: \_\_\_\_\_  
¿Insistes en que su hijo coma todos los alimentos servidos? \_\_\_\_\_

Enumere todos los alimentos a los que su hijo es alérgico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de comportamiento castiga o disciplina más a su hijo en casa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué métodos de disciplina has encontrado más efectivos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de problemas es más probable que su consejero tenga en el campamento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué sugerencias adicionales tiene para el consejero de su hijo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si no estará en la dirección que figura en el  
Reverso durante el campamento, enumere aquí la dirección  
Y número de teléfono (si corresponde) donde estará:**  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Estas preguntas fueron respondidas por: \_\_\_\_\_  
Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SI ES POSIBLE, ADJUNTE UN  
FOTOGRAFÍA RECIENTE  
DE SU HIJO AQUÍ**



EN CONSIDERACIÓN por tener permiso para utilizar las instalaciones, servicios y programas de DFEO (o para que mis hijos participen) para cualquier propósito, incluidos, entre otros, la observación o el uso de instalaciones o equipos, o la participación en cualquier actividad fuera del sitio. programa afiliado con DFEO, el abajo firmante, en nombre de sí mismo y de los niños participantes y cualquier representante personal, herederos y parientes más cercanos (en lo sucesivo, "el abajo firmante") reconoce, acepta y representa que él o ella tiene inspeccionará, o inmediatamente después de ingresar o participar inspeccionará y considerará cuidadosamente dichos locales e instalaciones y/o el programa afiliado. Además, se garantiza que dicha entrada en DFEO para la observación o el uso de cualquier instalación o equipo o la participación en dicho programa afiliado constituye un reconocimiento de que dichas instalaciones y todas las instalaciones y equipos en las mismas y dicho programa afiliado han sido inspeccionados y considerados cuidadosamente y que el abajo firmante encuentra y acepta que son seguros y razonablemente adecuados para el propósito de dicha observación, uso o participación por parte del abajo firmante y de dichos niños.

**EN CONSIDERACIÓN ADEMÁS DE TENER PERMISO PARA INGRESAR A DFEO PARA CUALQUIER PROPÓSITO, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, OBSERVACIÓN O USO DE INSTALACIONES O EQUIPO, O PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER PROGRAMA EN EL SITIO O FUERA DEL SITIO AFILIADO A DFEO, EL ABAJO FIRMANTE ACEPTA LO SIGUIENTE :**

EL ABAJO FIRMANTE, EN SU NOMBRE Y EN NOMBRE DE DICHS NIÑOS, POR LA PRESENTE EXONERA, RENUNCIA, DESCARGA Y ACUERDA NO DEMANDAR AL DFEO, sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes (en lo sucesivo denominados "liberados") de toda responsabilidad al abajo firmante o a dichos hijos y a todos los representantes personales, cesionarios, herederos y parientes más cercanos del abajo firmante por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamo o demanda por daños a la persona o propiedad o que resulte en la muerte del abajo firmante o dichos niños, ya sea causados por la negligencia, activa o pasiva, de los liberados o de otro modo mientras el abajo firmante o dichos niños se encuentran en, sobre o cerca de las instalaciones o cualquier instalación o equipo en las mismas o participando en cualquier programa afiliado a DFEO. El abajo firmante renuncia expresa y conscientemente a todos los derechos bajo la Sección 1542 del Código Civil de California, que establece:

**“Una liberación general no se extiende a las reclamaciones que el acreedor no sabe o sospecha que existen a su favor en el momento de ejecutar la liberación, que si él o ella conocen deben haber afectado materialmente su acuerdo con el deudor.”**

EL ABAJO FIRMANTE POR EL PRESENTE ACUERDA INDEMNIZAR Y SALVAR Y LIBERAR DE RESPONSABILIDAD a los liberados, y a cada uno de ellos, de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo en que puedan incurrir, ya sea causados por la negligencia, activa o pasiva, de los liberados o de otro modo mientras el abajo firmante o dichos niños se encuentran en, sobre o cerca de las instalaciones o cualquier instalación o equipo en las mismas o participando en cualquier programa afiliado a DFEO. El abajo firmante entiende y acepta que DFEO no proporciona seguro para cubrir al abajo firmante o a dichos niños en caso de que sufran lesiones, muerte, pérdida de propiedad, robo o daño de cualquier tipo en o alrededor de las instalaciones o cualquier instalación o equipo en el mismo o que participe en cualquier programa afiliado a DFEO.

EL ABAJO FIRMANTE POR EL PRESENTE ACUERDA INDEMNIZAR Y SALVAR Y LIBERAR DE RESPONSABILIDAD a los liberados, y a cada uno de ellos, de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo en que puedan incurrir, ya sea causados por la negligencia, activa o pasiva, de los liberados o de otro modo mientras el abajo firmante o dichos niños se encuentran en, sobre o cerca de las instalaciones o cualquier instalación o equipo en las mismas o participando en cualquier programa afiliado a DFEO. El abajo firmante entiende y acepta que DFEO no proporciona seguro para cubrir al abajo firmante o a dichos niños en caso de que sufran lesiones, muerte, pérdida de propiedad, robo o daño de cualquier tipo en o alrededor de las instalaciones o cualquier instalación o equipo en el mismo o que participe en cualquier programa afiliado a DFEO.

Las partes acuerdan que todas y cada una de las disputas, reclamos o controversias que surjan de o estén relacionadas con este ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN se presentarán a JAMS, o su sucesor, durante un día completo de mediación, y si el asunto no se resuelve a través de la mediación, entonces se presentará a JAMS para un arbitraje final y vinculante. Cualquiera de las partes puede comenzar la mediación proporcionando a JAMS oa la otra parte una solicitud de mediación por escrito, que establezca el tema de la disputa y la reparación solicitada. Las partes cooperarán en la selección de un mediador del panel de neutrales de JAMS y en la programación de los procedimientos de mediación. Las partes participarán en la mediación de buena fe y compartirán por igual sus costos. Cualquiera de las partes puede iniciar el arbitraje con respecto a los asuntos sometidos a mediación mediante la presentación de una solicitud de arbitraje por escrito en cualquier momento después de la sesión de mediación inicial o en cualquier momento después de 45 días a partir de la fecha de presentación de la solicitud de mediación, lo que ocurra primero. . El arbitraje será administrado por JAMS de conformidad con la Ley de Arbitraje de California (Calif.

Código de Procedimiento Civil. § 1282 y siguientes). Las partes pueden presentar una moción para un juicio sumario de conformidad con el Código de Procedimiento Civil de California §437c, excepto que la moción se programará al menos 30 días antes de la audiencia de arbitraje, la notificación de la moción y los documentos de apoyo se entregarán a la otra parte a la arbitraje por lo menos 30 días antes de la hora señalada para la audiencia de la moción, la oposición a la moción deberá ser notificada y presentada no menos de 14 días antes de la fecha de la audiencia, y cualquier escrito de respuesta deberá ser notificado y presentado por la parte demandante no menos de 4 días antes de la fecha de la audiencia. El árbitro emitirá una opinión firmada que establezca los hallazgos y conclusiones esenciales en los que se basa la decisión de conceder o denegar la moción.

Después de la audiencia de arbitraje, el árbitro emitirá una opinión y un laudo firmados que establezcan los hallazgos y conclusiones esenciales en los que se basa el laudo. El dictamen y el laudo decidirán todas las cuestiones presentadas y serán definitivos y vinculantes en la mayor medida permitida por la ley. En la medida en que no se renuncie expresamente en este Acuerdo, el árbitro solo otorgará aquellos recursos de derecho o equidad solicitados por las partes y que el árbitro determine que están respaldados por evidencia creíble y relevante presentada.

Cada parte asumirá los honorarios y costos de sus propios abogados en cualquier procedimiento para hacer cumplir o interpretar este Acuerdo. Si la parte iniciadora no paga su parte de los honorarios y costos del arbitraje dentro de los 3 meses posteriores a la recepción de la notificación de que debe pagar, el arbitraje se desestimará, con perjuicio. La parte vencedora en cualquier arbitraje y en cualquier procedimiento judicial para confirmar o modificar un laudo arbitral tendrá derecho a la recuperación de los costos reales y razonables de la demanda, incluidos los honorarios de los abogados.

No se iniciará ningún arbitraje y no se hará valer ninguna causa de acción contra liberaciones, o cualquiera de ellas, después de la expiración de un año a partir de la fecha de acumulación de dicha causa de acción, y cualquier reclamo o causa de acción contra liberaciones, o cualquier de ellos, se extinguirá y se considerará liberado a menos que se afirme mediante la presentación oportuna de una demanda por escrito de mediación con JAMS y luego arbitraje con JAMS dentro de dicho período de un año.

EL ABAJO FIRMANTE además acepta expresamente que el anterior ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permite la ley del Estado de California y que si alguna parte del mismo se considera inválida, será se acuerda que el saldo, no obstante, continuará en pleno vigor y efecto legal.

EL ABAJO FIRMANTE HA LEÍDO CUIDADOSAMENTE Y FIRMA VOLUNTARIAMENTE EL ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN Y ADEMÁS ACEPTA QUE NO SE HA REALIZADO NINGUNA REPRESENTACIÓN ORAL, DECLARACIÓN O INDUCCIÓN APARTE DEL ACUERDO ANTERIOR POR ESCRITO. SOY CONSCIENTE DE QUE ESTO ES UN ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN, SABIENDO QUE ESTOY RENUNCIANDO DERECHOS VALIOSOS. TAMBIÉN ENTIENDO QUE ESTE ACUERDO SE REALIZA EN NOMBRE DE MI(S) HIJO(S) MENOR(ES) Y/O TUTOR(ES) LEGAL(ES) Y TENGO AUTORIDAD COMPLETA PARA FIRMAR ESTE ACUERDO EN NOMBRE DE DICHO(S) MENOR(ES).

**ESTE ACUERDO NO SE APLICA A LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA.**

HE LEÍDO Y ENTIENDO LOS TÉRMINOS DE ESTA LIBERACIÓN.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante / tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) de estudiante(s) en el programa



## AUTORIZACIÓN DE GRABACIÓN DE FOTOS Y VIDEO/SONIDO

POR FAVOR IMPRIMIR

Yo, \_\_\_\_\_, tengo dieciocho años de edad o más, y si no, entonces mi madre/padre/tutor legal también ha firmado a continuación con mi firma.

Con respecto a mi participación en actividades patrocinadas por o relacionadas con cualquier actividad en la que participe de alguna manera patrocinada por la Fundación Downey para Oportunidades Educativas (colectivamente, "DFEO"), por la presente doy mi permiso y consentimiento, ahora y para siempre. (sin ninguna otra compensación, reclamo o demanda por mi parte) a DFEO, y a las agencias de publicidad, agentes, entidades y terceros que colaboran con DFEO y sus representantes, si los hubiere, (las "Organizaciones") para hacer, reproducir, editar, transmitir o retransmitir cualquier video, película o metraje digital y otras grabaciones de pistas de sonido, o reproducciones fotográficas de mi imagen o voz en cualquier forma, y mi cuenta narrativa de mi experiencia con las actividades de DFEO ("Materiales") para su publicación, exhibición, venta o exhibición de los mismos en promociones, publicidad y usos comerciales legítimos sin ninguna compensación adicional para mí. Puedo o no ser identificado por mi nombre en dichas reproducciones. Sin embargo, no se declarará por mi nombre que he respaldado ningún producto comercial o servicio comercial en particular sin mi permiso expreso por escrito.

Además acepto lo siguiente:

- Cualquier material creado sujeto a esta Liberación pertenecerá a DFEO como su propiedad, con pleno derecho de disposición de los mismos sin mi permiso oral o escrito.
- Los materiales no estarán sujetos a ninguna obligación de confidencialidad y podrán ser compartidos y utilizados por las organizaciones, así como con cualquier tercero que DFEO elija.
- DFEO no será responsable de ningún reclamo que surja del uso o divulgación a un tercero de cualquiera de los materiales.
- DFEO será el propietario exclusivo de todos los derechos conocidos o existentes en el futuro sobre los materiales en todo el mundo y tendrá derecho al uso sin restricciones de los materiales para cualquier propósito sin compensación para mí o para el proveedor de los materiales.

### ACUERDO Y CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido el contenido de este Comunicado. Acepto que mi consentimiento para esta Liberación es irrevocable. Por la presente libero y libero voluntariamente a DFEO, a las Organizaciones y a sus representantes de todas y cada una de las reclamaciones que surjan o se relacionen con los usos y reproducciones de mi imagen y voz y mi cuenta narrativa como se describe en este documento. Entiendo que el término "DFEO" en este Comunicado incluye específicamente a la Fundación Downey para Oportunidades Educativas.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha    /    /    Edad \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

.....

**Soy la madre/padre/tutor legal de** \_\_\_\_\_ POR FAVOR IMPRIMIR \_\_\_\_\_ **he leído y entendido**  
el contenido de esta Liberación y por la presente consiento voluntariamente a esta Liberación en nombre de mi hijo menor de edad.

Firma de la Madre / Padre / Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha    /    /    \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

**ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



## Caravana de Pascua

### ACUERDO DE CÓDIGO DE CONDUCTA

DFEO busca brindar experiencias divertidas, seguras y satisfactorias para los jóvenes. Es nuestra política que usted, el participante del programa, a su vez acepte la responsabilidad de su propia conducta personal. Específicamente, debe aceptar cumplir con las siguientes reglas:

1. Me comprometo a NO traer conmigo, ni usar, ni estar presente durante el uso por parte de otros de:
  - A. Bebidas alcohólicas
  - B. Drogas ilegales
  - C. Cigarrillos
  - D. Armas de cualquier tipo
2. También acepto abstenerme de la interacción íntima.
3. Entiendo que si rompo alguna de las reglas anteriores, DFEO y sus consejeros de campamento notificarán a mis padres y me enviarán a casa de inmediato.
4. También entiendo que se espera que mis padres me recojan o paguen mi transporte a casa, y que no se emitirá ningún reembolso por la tarifa.

### Formulario de consentimiento fotográfico

A cambio de sus representantes legales, sucesores y cesionarios, o aquellos para quienes actúa, y todas las personas y corporaciones que actúan con su permiso o bajo su autoridad, el derecho y permiso absolutos para tomar, registrar, usar y publicar fotografías de o en relación con el nombre del niño a continuación, en su totalidad, en parte o en conjunto, en cualquiera y todos los medios, para fines de arte, publicidad, educación o promoción de la Fundación Downey para Oportunidades Educativas, o para cualquier otro propósito consistente con la misión DFEO.

Acepto que la fotografía pase a ser propiedad exclusiva de la Fundación Downey para Oportunidades Educativas y renuncio a todos los derechos sobre la misma. Renuncio a todos los derechos de inspeccionar y/o aprobar cualquier texto que pueda usarse junto con la fotografía y el uso al que pueda aplicarse.

Declaro que soy mayor de dieciocho (18) años y que he leído lo anterior y entiendo completamente su contenido. Esta liberación será vinculante para mí, mis herederos, representantes legales y cesionarios.

Ninguna modificación de este acuerdo tendrá ningún efecto a menos que se haga por escrito y esté firmada por todas las partes en el acuerdo. Las fotos son para el programa de la Caravana de Pascua que se lleva a cabo en la semana del 28 de marzo al 4 de abril de 2024.



**Downey  
Foundation**  
FOR EDUCATIONAL OPPORTUNITIES

**He leído, comprendo y acepto cumplir con el acuerdo del código de conducta y el formulario de consentimiento fotográfico.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de padre (Por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma de padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Estudiante (Por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma de estudiante (Reconocimiento del Código de Conducta)

\_\_\_\_\_  
Direccion

\_\_\_\_\_  
Phone/Mobile Number