



Wenatchee Valley College - Omak | 8 de Febrero de 2019

**Fecha limite de registrero: 30 de Enero de 2019**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Talla de camiseta: \_\_\_\_\_

Etnicidad (opcional):  Afroamericano  Asiático  Caucásico/Blanco  
 Hispano/Latino  Nativo Americano  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico durante el día: \_\_\_\_\_ Número telefónico para la noche: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Padres/Guardianes o otros miembros de la familia son bienvenidos, pero no están obligados a asistir al Scrubs Camp.

¿Va a asistir con su estudiante?  SI  NO

¿Asistirás al almuerzo?  SI  NO Número de padres que asisten a la comida: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela que asiste actualmente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Grado actual en la escuela:  9th  10th  11th  12th

¿Está interesado en una carrera de salud?  SI  NO

Si contestó Sí arriba, ¿qué carrera de salud está interesada en perseguir?

Firma: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

El Scrubs Camp está diseñado para ser una función educativa, y todos los planes se hacen con ese objetivo. La gerencia del Scrubs Camp quiere que cada asistente tenga una experiencia agradable con cada atención pagada a la educación, a la seguridad ya la comodidad. Se espera que todos los asistentes se comporten de la mejor manera representando a su distrito escolar local. Para que todos puedan recibir los máximos beneficios de la participación, el "Código de Conducta" debe ser seguido en todo momento.

Tenga en cuenta que la asistencia no es obligatoria. Al participar voluntariamente, usted acepta seguir las reglas y reglamentos oficiales de Scrubs Camp o perder sus derechos personales de participar. Cada distrito escolar local está orgulloso de sus estudiantes y sabe que al firmar este "Código de Conducta" simplemente está reafirmando su dedicación a ser el mejor representante posible de su escuela.

Yo, en todo momento, respetaré todas las propiedades públicas y privadas, incluyendo la instalación donde asisto al Scrubs Camp.

Yo, en todo momento, respetaré a todos los individuos (otros estudiantes y adultos) mientras estén presentes en al Scrubs Camp. No voy a usar blasfemias de ningún tipo mientras asisten al Scrubs Camp.

No usaré bebidas alcohólicas, productos de tabaco o drogas ilícitas de cualquier tipo mientras esté en el Scrubs Camp. No usaré drogas a menos que me hayan ordenado tomar ciertos medicamentos recetados por un médico con licencia. Si tengo que tomar medicación, en todo momento, tendré las órdenes del médico en mi persona.

No dejaré el Scrubs Camp sin el permiso expreso de mi asesor, Coordinador del Sitio de Scrubs Camp, o Coordinador de Proyecto de Scrubs Camp. Si recibo permiso, dejaré un aviso por escrito de donde estaré con mi asesor, Coordinador del Sitio de Scrubs Camp, o Coordinador del Proyecto de Scrubs Camp

Mi conducta será ejemplar en todo momento mientras esté en el Scrubs Camp.

Mantendré informado a mi asesor, Coordinador del Sitio de Scrubs Camp, o Coordinador de Proyecto de Scrubs Camp de mi paradero en todo momento.

Llevaré mi placa de identificación Scrubs Camp en todo momento mientras esté en el Scrubs Camp.

Asistiré, y llegaré a tiempo, para todas las sesiones y actividades del Scrubs Camp.

Su firma a continuación autoriza al Centro de Educación para la Salud del Área de la Universidad Eastern Washington (EWU AHEC) y la Universidad de Eastern Washington (EWU) a recopilar toda la información contenida en esta solicitud de registro. Esta información será mantenida y referenciada periódicamente para evaluar la efectividad de los Scrub Camps. Los estudiantes que participan en los Scrub Camps pueden ser contactados en el futuro para propósitos de evaluación. La información de registro también puede usarse para actividades de reclutamiento / admisión.

Al firmar a continuación, el estudiante y el padre / guardián otorgan a EWU y al permiso de Scrubs Camp el derecho de tomar fotos / video de nosotros y otorgarles un derecho irrevocable y una licencia para usar tales fotos o videos para publicidad, noticias o publicidad en cualquier forma. Los facilitadores de los Scrubs Camps son liberados de todas y cada una de las reclamaciones de pago por derechos de ejecución, residuos o daños por difamación, difamación, invasión de privacidad o cualquier reclamación basada en el uso de dicho material.

Estoy de acuerdo en que si, por alguna razón, estoy violando alguna de las reglas del Scrubs Camp, puedo ser enviado a casa a mis propios gastos. Entiendo que la notificación de la violación y las medidas tomadas serán enviadas a mi distrito escolar local ya los padres o tutores. Entiendo que a través de mis acciones negativas, los asistentes de Scrubs Camp de mi distrito escolar local podrían ser enviados a casa también.

Es dentro del espíritu de ser un participante orgulloso y significativo de Scrubs Camp que estoy de acuerdo con estas reglas de conducta firmando mi nombre en este formulario de registro. Al firmar este formulario de registro, mis padres y/o guardianes, así como un representante del distrito escolar, afirman que soy digno de asistir a un Scrubs Camp.

Debido a la naturaleza de este campo, los estudiantes pueden estar expuestos al látex, tomar muestras de sangre con palitos de dedo y otros elementos de un examen físico básico. Para el muestreo de sangre por dedo, los estudiantes pincharán su propio dedo -en un ambiente de laboratorio supervisado- y usarán su muestra de sangre para la tipificación y / u otros procedimientos de examen. Al firmar a continuación, el padre / guardián del estudiante reconoce y acepta estos posibles riesgos. Entiendo que debo completar el Acuerdo de Consentimiento, Asunción de Riesgo, Renuncia y Acuerdo de Indemnización en la página siguiente para que mi hijo / a participe en el Camp Scrubs.

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

Estudiante (si tiene 18 años y más) Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO, ASUNTO DE RIESGO, RENUNCIA Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN PARA MENORES

Autoridad Sanitaria del Área de EWU / Scrubs Camp / 8 de Febrero de 2019

Este formulario es necesario para los niños que desean participar en el Scrubs Camp. Los menores de edad no pueden participar en el Scrubs Camp sin que el padre/guardián del menor firme este formulario.

Para y en consideración a la oportunidad de que su hijo/hija participe en esta actividad, el siguiente padre/guardián voluntariamente acepta los siguientes términos y condiciones:

1. Certifico que he leído este documento, entiendo sus disposiciones y acepto sus términos que constituyen consentimiento legalmente vinculante, asunción de riesgo, renuncia a reclamaciones e indemnización por la participación de mi hijo en Scrubs Camp.
2. Entiendo y reconozco que esta actividad incluye algunos riesgos inherentes y peligrosos que podrían resultar en daño, pérdida, daño, lesiones personales, enfermedades o muerte. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a, caída, deslizamiento, exposición al látex, toma de muestras de sangre con palitos y otros elementos de un examen físico básico. Yo voluntariamente elijo permitir que mi hijo participe en esta actividad con pleno conocimiento de que las actividades pueden ser peligrosas. Asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier riesgo de lesión, pérdida o daño a la propiedad.
3. Manejaré a EWU, sus empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, acciones, causas de acción, deudas, reclamaciones y todas las demandas que surjan de o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluyendo la muerte, que pueda ser sostenido por mí mismo o por mi hijo, o cualquier propiedad que pertenezca a mí o a mi hijo, mientras participe en tal actividad o cualquier actividad relacionada con este evento. Este acuerdo servirá como liberación y descarga de EWU por toda responsabilidad que surja de o esté relacionada con esta actividad en nombre de mí mismo, mis herederos, cesionarios u otros sucesores en interés. Acepto indemnizar a EWU por toda pérdida, daño y gasto de cualquier tipo o carácter que surja de lesión, muerte, daño o pérdida debido a la participación de mi hijo en esta actividad.
4. . Certifico que mi hijo está en buen estado de salud y no tiene impedimentos físicos, médicos, mentales o emocionales, condiciones o preocupaciones que pudieran poner en peligro o afectar su seguridad o la seguridad de otros, relacionada con la participación de mi hijo en esta actividad. Además, entiendo y reconozco que:
  - a. Debo consultar con un profesional médico para confirmar la aptitud de mi hijo para participar en esta actividad;
  - b. Si mi hijo tiene una receta de medicamentos o está tomando los medicamentos de venta libre, yo debería confirmar con el proveedor médico de mi hijo si los medicamentos afectarán la participación de mi hijo en la actividad; y,
  - c. Mi hijo no debe participar en la actividad mientras esté bajo la influencia de cualquier medicamento que pueda afectar su capacidad de participar de manera segura.

5. Ni EWU, ni sus empleados / agentes sirven como guardianes o aseguradores de la seguridad de mi hijo. EWU no proporciona ningún seguro especial para la protección de mi hijo, y es mi responsabilidad de obtener cualquier seguro apropiado. Estoy de acuerdo en que todos y cada uno de los gastos derivados de un accidente o lesión a mi hijo/hija o la propiedad de mí hijo/hija, incluyendo, pero no limitado a, transporte de emergencia; servicios médicos de emergencia; tratamiento médico; Y los daños o la pérdida de la propiedad son mis responsabilidades. He obtenido y estoy de acuerdo en usar mi seguro médico personal como cobertura médica primaria para mi hijo si ocurre un accidente o una lesión.
6. He notificado al instructor / miembro del personal supervisor de cualquier condición médica o medicamento que pudiera afectar la capacidad de mi hijo de participar plenamente en esta actividad. En el caso de que se requiera atención médica y no pueda dar mi consentimiento, consiento el tratamiento médico de emergencia y concedo a EWU ya sus agentes toda la autoridad para tomar las medidas que consideren justificadas en las circunstancias relativas a la salud y seguridad de Mi hijo. Esto incluye, pero no se limita a, la autoridad y permiso para organizar / proveer transporte, aprobación para un hospital, centro de tratamiento médico y / o proveedor de atención médica para proveer exámenes médicos, exámenes, tratamiento médico y cualquier procedimiento médico inmediatamente necesario Y aconsejable en interés de la salud y el bienestar de mi hijo, todo a mi costa.

Con mi firma abajo, certifico que soy el padre o guardián legal del niño nombrado, soy sobre la edad de 18 y legalmente competente para firmar este formulario. Certifico que he leído completamente este documento, entiendo sus disposiciones y acepto voluntariamente sus términos que constituyen consentimiento legalmente vinculante, asunción de riesgo, renuncia a reclamaciones e indemnización por participar en Scrubs Camp.

Nombre del menor (por favor, imprima) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián (por favor, imprima) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián / Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto de emergencia \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO, ASUNTO DE RIESGO, RENUNCIA Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN PARA MENORES Autoridad Sanitaria del Área de EWU / Scrubs Camp / 8 de Febrero de 2019

Este formulario es requerido para padres, tutores, y / o consejeros que deseen participar en el Scrubs Camp.

Para y en consideración a la oportunidad de participar en esta actividad, el siguiente Participante acepta voluntariamente los siguientes términos y condiciones:

1. Certifico que he leído este documento, entiendo sus disposiciones y acepto sus términos que constituyen consentimiento legalmente vinculante, asunción de riesgo, renuncia a reclamaciones e indemnización por mi participación en Scrubs Camp.
2. Entiendo y reconozco que esta actividad incluye algunos riesgos inherentes y peligrosos que podrían resultar en daño, pérdida, daño, lesiones personales, enfermedades o muerte. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a, caída, deslizamiento, exposición al látex, toma de muestras de sangre con palitos y otros elementos de un examen físico básico. Yo voluntariamente elijo participar en esta actividad con pleno conocimiento de que las actividades pueden ser peligrosas. Asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier riesgo de lesión, pérdida o daño a la propiedad.

3. Manejaré a EWU, sus empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, acciones, causas de acción, deudas, reclamaciones y todas las demandas que surjan de o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluyendo la muerte, Que pueda ser sostenido por mí mismo, o cualquier propiedad que pertenezca a mí, al participar en tal actividad o cualquier actividad relacionada con este evento. Este acuerdo servirá como liberación y descarga de EWU por toda responsabilidad que surja de o esté relacionada con esta actividad en nombre de mí mismo, mis herederos, cesionarios u otros sucesores en interés. Estoy de acuerdo en indemnizar a EWU por toda pérdida, daño y gasto de cualquier clase o carácter que surja de lesión, muerte, daño o pérdida debido a mi participación en esta actividad.
4. Certifico que estoy en buen estado de salud y que no tengo impedimentos físicos, médicos, mentales o emocionales, condiciones o preocupaciones que puedan poner en peligro o afectar mi seguridad o la de otros, relacionadas con mi participación en esta actividad. Además, entiendo y reconozco que:
  - a. Debería consultar con un profesional médico para confirmar mi aptitud para participar en esta actividad;
  - b. Si tengo una receta de medicamentos o estoy tomando medicamentos de venta libre, debo confirmar con mi proveedor médico si los medicamentos afectarán mi participación en la actividad; y,
  - c. No debería participar en la actividad mientras esté bajo la influencia de cualquier medicamento que pueda afectar mi capacidad para participar de manera segura.
5. Ni EWU, ni sus empleados / agentes sirven como guardianes o aseguradores de mi seguridad. EWU no proporciona ningún seguro especial para mi protección, y es mi responsabilidad de obtener cualquier seguro apropiado. Acepto que todos y cada uno de los gastos derivados de un accidente o de una lesión a mí mismo a mi propiedad, incluyendo, pero no limitado a, transporte de emergencia; servicios médicos de emergencia; tratamiento médico; Y los daños o la pérdida de la propiedad son mis responsabilidades. He obtenido y estoy de acuerdo en usar mi seguro médico personal como cobertura médica primaria para mí mismo si ocurre un accidente o una lesión.
6. He notificado al instructor supervisando / miembro del personal de cualquier condición médica existente o medicación que podría afectar mi capacidad de participar completamente en esta actividad. En el caso de que se requiera atención médica y no pueda dar mi consentimiento, consiento el tratamiento médico de emergencia y concedo a EWU ya sus agentes toda la autoridad para tomar las medidas que consideren justificadas bajo las circunstancias relativas a mi salud y seguridad. Esto incluye, pero no se limita a, la autoridad y permiso para organizar / proveer transporte, aprobación para un hospital, una instalación de tratamiento médico y / o proveedor de atención médica para proporcionar exámenes médicos, exámenes, tratamiento médico y cualquier procedimiento médico inmediatamente necesario Y aconsejable en el interés de mi salud y bienestar, todo a mi costa.

Con mi firma abajo, certifico que soy mayor de 18 años y que soy legalmente competente para firmar este formulario. Certifico que he leído completamente este documento, entiendo sus disposiciones y acepto voluntariamente sus términos que constituyen consentimiento legalmente vinculante, asunción de riesgo, renuncia a reclamaciones e indemnización por participar en Scrubs Camp.

Nombre del Participante (por favor, imprima) \_\_\_\_\_

Firma del Participante / Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto de emergencia \_\_\_\_\_

This project is supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA) of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) under grant number 5U77HP03022-25-00 and title "Model State-Supported AHEC Program" for \$77,250. This information or content and conclusions are those of the author and should not be construed as the official position or policy of, nor should any endorsements be inferred by HRSA, HHS or the U.S. Government."