

AUTORIZACION MEDICA para participantes mayores de 18 años

Yo, _____ estoy participando en La Gira de Legados Vivientes parte del programa Semillas de Fuego (SDF) con el Centro de Investigación y Educación Highlander basado en New Market, TN, del 16 al 27 de julio de 2015. Doy mi consentimiento y autorización al personal de SDF o a un adulto designado que actúe para asegurar la seguridad, salud y bienestar mío y de los jóvenes de mi organización o comunidad. Entiendo que si yo o ellos violan cualquier ley federal, estatal o local, que se nos pedirá que nos vayamos de SDF y que se le informará a los padres y al personal de la organización. También pido y permito al personal de SDF que autoricen al personal medico y de hospitales proveer todo cuidado medico, incluyendo pero no limitado a exámenes de hospital, cirugía de emergencia, patología, radiología y anestesia, cirugía y medicina para la salud mía y de los jóvenes.

El participante cubierto por esta autorización es:

Nombre completo _____ Edad: _____

Padre/Tutor legal _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Código _____

Tel. casa _____

Tel. trabajo _____

Celular _____

En Caso de Emergencia durante Semillas de Fuego (16-27 de Julio, 2015) comunicarse con:

Nombre _____

Tel día _____

Tel noche _____

Problemas médicos o de salud:

Alergias _____

Asma/Respiratorios _____

Visión/Auditivos _____

Cirugía _____

Problemas del corazón _____

Diabetes _____

Ataques epilépticos _____

Desorden de atención _____

Dolores de cabeza _____

Estomago _____

Huesos quebrados _____

Otro _____

Los individuos no vacunados por razones religiosas deberán someter una declaración escrita y firmada por el padre o tutor declarando que están en contra de vacunar a su hijo por razones religiosas. Los jóvenes no vacunados por razones médicas deberán someter una declaración firmada por un médico.

Información sobre cuidado medico:

Nombre de Dentista/Ortodoncista _____

Tel. _____

Nombre de Doctor _____

Tel. _____

¿Tiene seguro medico familiar? si no

Nombre del padre/persona con la póliza _____

Nombre de la Agencia de Seguros _____

de póliza _____

de grupo _____

Medicamentos que esta tomando:

Está recibiendo cuidado medico por

¿Epilepsia? si no ¿Diabetes? si no

Otro _____

Con esta firma yo libero al Centro de Investigación y Educación Highlander, sus oficiales, empleados y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad o reclamo y causas de acción de cualquier tipo o por cualquier razón, incluyendo daños personales o muert que de alquiler manera resulten directamente o indirectamente de mi participación o asistencia en Semillas de Fuego.

Firma del participante _____ Fecha _____

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO MEDICO DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Yo, _____ (nombre del padre/tutor legal) soy padre o tutor legal de _____ (nombre del joven). Doy mi consentimiento para que asista La Gira Legados Vivientes parte del programa Semillas de Fuego ("SDF") con el Centro de Investigación y Educación Highlander basado en New Market, TN, del 16 al 27 de julio de 2015. Doy mi consentimiento y autorización al personal de SDF o a un adulto designado que actúe para asegurar la seguridad, salud y bienestar de mi hijo/a o tutelado/a. Entiendo que si viola cualquier ley federal, estatal o local, que se le pedirá que se vaya de SDF y que me informarán de esta acción. También pido y permito al personal de SDF que autoricen al personal medico y de hospitales proveer todo cuidado medico, incluyendo pero no limitado a exámenes de hospital, cirugía de emergencia, patología, radiología y anestesia, cirugía y medicina para la salud de mi hijo/a o tutelado/a y que el personal de SDF intentará llamar antes, pero sólo si es seguro hacerlo.

El participante cubierto por esta autorización es:

Nombre completo _____ Edad: _____

Padre/Tutor Legal _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Código _____

Tel. casa _____

Tel. trabajo _____

Celular _____

En Caso de Emergencia durante Semillas de Fuego (16-27 de Julio, 2015) comunicarse con:

Nombre _____

Tel día _____

Tel noche _____

Problemas médicos o de salud:

Alergias _____

Asma/Respiratorios _____

Visión/Auditivos _____

Cirugía _____

Problemas del corazón _____

Diabetes _____

Ataques epilépticos _____

Desorden de atención _____

Dolores de cabeza _____

Estomago _____

Huesos quebrados _____

Otro _____

Los individuos no vacunados por razones religiosas deberán someter una declaración escrita y firmada por el padre o tutor declarando que están en contra de vacunar a su hijo por razones religiosas. Los jóvenes no vacunados por razones médicas deberán someter una declaración firmada por un médico.

Información sobre cuidado medico:

Nombre de Dentista/Ortodoncista _____

Tel. _____

Nombre de Doctor _____

Tel. _____

¿Tiene seguro medico familiar? si no

Nombre del padre/persona con la póliza _____

Nombre de la Agencia de Seguros _____

de póliza _____

de grupo _____

Medicamentos que esta tomando:

Todos los participantes que requieren medicina recetada durante SDF necesitan hablar con Elandria Williams del personal de Highlander cuando lleguen. Toda medicina para los jóvenes será guardada bajo candado y distribuida bajo la supervisión del personal pagado de Highlander. Los inhaladores para el asma y epi-pens recetados para reacciones alérgicas severas pueden cargarse, pero por favor hablen con Elandria al llegar para poder verificar y documentar estos medicamentos. Por favor traigan medicamentos a SDF en el frasco con que tiene la receta original. Los jóvenes que quieran tomar medicamento no recetado como Tylenol o ibuprofen también deben de entregar esta medicina a Elandria junto con instrucciones y el consentimiento del padre o tutor. Par favor déjenos saber si está tomando medicamentos y dónde los tendrá durante el campamento.

Esta recibiendo su hijo/a o tutelado/a cuidado medico por
¿Epilepsia? si no ¿Diabetes? si no

Otro _____

Con esta firma yo libero al Centro de Investigación y Educación Highlander, sus oficiales, empleados y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad o reclamo y causas de acción de cualquier tipo o por cualquier razón, incluyendo daños personales o muerte que de alquiler manera resulten directamente o indirectamente de la participación o asistencia de mi hijo/a o tutelado/a en Semillas de Fuego.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____



HIGHLANDER

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN

Términos y Acuerdos para Viajes durante la Gira Legado Viviente del programa Semillas de Fuego

Empieza en Atlanta, GA y termina en Cincinnati, OH
Julio 16-27, 2015

El Centro Highlander de Investigación y Educación (HREC) está apoyando así como se necesita su viaje, hospedaje y comidas para La Gira Legado Viviente del programa Semillas de Fuego programado para 16 a 27 de Julio 2015. Para facilitar su transportación será usted requerido que firme con su nombre y la fecha y regrese este documento demostrando su acuerdo con los términos contenidos aquí. **Este documento debe ser regresado lo más pronto posible a Esme Baltazar via fax (865-933-3424) o correo postal (1959 Highlander Way, New Market, TN 37820).**

Si no puede participar en el entrenamiento y no da suficiente notificación de cancelación, y no cumple con su obligación de alojamiento, usted será responsable de pagar la cantidad total del costo pre-pagado de su viaje, incluyendo pasajes aéreos, honorarios de alquiler de coche a HREC. Debido a restricciones en nuestro presupuesto, bajo ninguna circunstancia HREC asumirá la responsabilidad por el costo de pasajes aéreos para participantes que no asisten.

Este acuerdo se entrega entre el Centro Highlander de Investigación y Educación con las personas firmantes.

Organización

Nombre

Fecha



HIGHLANDER

RESEARCH &

EDUCATION

CENTER

1959 Highlander Way
New Market
Tennessee 37820

865-933-3443
Fax: 865-933-3424

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD SI ERES MAYOR DE 18

Yo, _____, siendo mayor de dieciocho (18) años, afirmo y juro lo siguiente:

1. He escogido participar voluntariamente en el programa SEMILLAS DE FUEGO del Centro Highlander para la Investigación y la Educación.
2. Estoy completamente consciente de los riesgos potenciales que pueden surgir en el transcurso de mi participación.
3. Voluntariamente y libremente asumo completa responsabilidad por cualquier daño, físico o mental, que podría sostener al participar en el programa SEMILLAS DE FUEGO.
4. Ampararé y no haré responsable al Centro Highlander para la Investigación y la Educación de cualquier daño que me pudiera ocurrir como resultado de mi participación en el programa de Jóvenes; con excepción de un daño ocurrido como resultado directo de un acto voluntario o negligente de parte de un empleado o agente del Centro Highlander para la Investigación y la Educación.
5. Semillas de Fuego se realizará en el centro Highlander, ubicado en una finca de 18 acres en el este de Tennessee. El centro apoya líderes comunitarios a nivel de base en el Sur y Aplanía y ha estado trabajando por la justicia desde 1932.
6. Habrán dos días de campo — uno al Museo de la Escuela Green McAdoo en Clinto, TN y a una piscina local, el otro a las Montañas Húmedas.
7. Estoy conforme y cumpliré con los siguientes acuerdos
No alcohol o drogas
No sexo
No armas o petardos (cuetes)
No marcharse del Centro si avisar al personal Highlander
Espacio corporal POSITIVO
RECOGER tras de uno mismo (limpiar/aseo)
Cuidar de uno mismo y de otros
Ayudar en crear un espacio anti-opresivo (libre de racismo, sexismo, heterosexismo, clasismo, y los muchos otros ismos que manifestamos en nuestras maneras de hablar, reír, y otras maneras de ser).

Yo, _____, participante en el Campamento Semillas de Fuego (10-17 de julio 2010) he leído los acuerdos, entiendo que el propósito de ellos es asegurar mi bienestar y el bienestar de mis compañer@s, y cumpliré con ellos. Entiendo que si fuera a violar los términos del acuerdo, se le notificará al/a director/a de mi organización y se terminará mi participación en el programa a expensa de mía o de mi organización.

Firma

Fecha



HIGHLANDER

RESEARCH &

EDUCATION

CENTER

1959 Highlander Way
New Market
Tennessee 37820

865-933-3443
Fax: 865-933-3424

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD SI ERES MENOR DE 18 AÑOS

Yo, _____, padre/madre del menor _____,
con Fecha de Nacimiento: _____, afirmo y juro lo siguiente:

1. He escogido participar voluntariamente en la Gira Legado Viviente del programa SEMILLAS DE FUEGO del Centro Highlander para la Investigación y la Educación.
2. Estoy completamente conciente de los riesgos potenciales que pueden surgir en el transcurso de mi participación.
3. Voluntariamente y libremente asumo completa responsabilidad por cualquier daño, físico o mental, que podría sostener al participar en La Gira Legado Viviente del programa SEMILLAS DE FUEGO.
4. Ampararé y no haré responsable al Centro Highlander para la Investigación y la Educación de cualquier daño que me pudiera ocurrir como resultado de mi participación en el programa de Jóvenes; con excepción de un daño ocurrido como resultado directo de un acto voluntario o negligente de parte de un empleado o agente del Centro Highlander para la Investigación y la Educación.
5. Semillas de Fuego se realizara en varios lugares incluyendo: Atlanta & Albany, Georgia; St. Helena's Island & Charleston, South Carolina; Asheville, North Carolina; Clinton & New Market, Tennessee; Louisville, Kentucky; Cincinnati and Cleveland, Ohio.
6. Habrán días donde estaremos en el centro Highlander, ubicado en una finca de 180 acres en este Tennessee. El centro apoya líderes comunitarios a nivel de base en el Sur y Aplacia y ha estado trabajando por la justicia desde 1932.
7. Estoy conforme y cumpliré con los siguientes acuerdos:
No alcohol o drogas
No sexo
No armas o petardos (cuetes)
No marcharse del grupo sin avisar al personal Highlander
Espacio corporal POSITIVO
RECOGER tras de uno mismo (limpiar/aseo)
Cuidar de uno mismo y de otros
Ayudar en crear un espacio anti-opresivo (libre de racismo, sexismo, heterosexismo, classismo, y los muchos otros ismos que manifestamos en nuestras maneras de hablar, reír, y otras maneras de ser).

Yo, _____, participante en la Gira Legado Viviente (16-27 de Julio 2015) he leído los acuerdos, entiendo que el propósito de ellos es asegurar mi bienestar y el bienestar de mis compañer@s, y cumpliré con ellos. Entiendo que si fuera a violar los términos del acuerdo, se le notificará al/a director/a de mi organización y se terminará mi participación en el programa a expensa mía o de mi organización.

Firma _____
PADRE/MADRE

Firma _____
JOVEN PARTICIPANTE

Fecha _____



**HIGHLANDER
RESEARCH
AND
EDUCATION
CENTER**

Centro Highlander de Investigación y Educación Acuerdo de Uso Libre de Video

Doy mi consentimiento al Centro Highlander de Investigación y Educación para el uso y la reproducción de metraje de video, fotografías, o grabaciones de audio que incluyan mi imagen y/o voz.

Entiendo que mi imagen y/o voz serán utilizadas con fines educativos, de promoción, o para el recaudamiento de fondos para Highlander.

Entiendo que la vigencia de este acuerdo no expira; que no hay especificación geográfica en cuanto a donde se pueda distribuir estas materias; y que no hay restricción al tipo de medios a los cuales se puedan reproducir estas materias.

Las materias en cuestión fueron grabadas por video o audio en _____
durante el _____ (evento)
el _____ (días/fechas).

Nombre: _____

Firma: _____

Domicilio/Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Si el participante es menor de 18 años su padre o guardián necesita llenar y firmar lo siguiente:

Consto que soy el padre o guardián de _____, que es un menor de edad y que tengo autoridad plena de firmar este acuerdo, lo cual he leído y aprobado.

Nombre del padre o guardián: _____

Firma: _____

Domicilio/Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____