

**BEYOND DIFFERENCE HOJA DE PERMISO
DEL ESTUDIANTE PARA VIAJE DE
ESTUDIO/EXCURSIÓN
DESTINO DENTRO DE CALIFORNIA (devolver el
formulario completado al personal de Beyond Differences)**

Las excursiones son importantes, ya que se extienden las experiencias de aprendizaje del salón y les dan a los estudiantes oportunidades para relacionar la educación con el mundo fuera de la escuela. Sin embargo, las excursiones son voluntarias y los estudiantes no están obligados a asistir.

PARA SER LLENADO POR EL PADRE/TUTOR

Doy permiso para que mi hija/hijo/tutelado _____
(Nombre del Estudiante - letra de molde)

participe en un viaje de estudio en: La mañana del **19 de noviembre aproximadamente a las 8:00 AM hasta la tarde del 20 de noviembre aproximadamente a las 4:30 PM.**

Información de contacto:

Número (s) de emergencia para el padre/tutor:

1. _____
(Nombre del Guardián) (Número de Teléfono del Guardián)

(Dirección de casa) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

2. _____
(Nombre del Guardián) (Número de Teléfono del Guardián)

(Dirección de casa) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Contacto de Emergencia Alternativo:

1. _____
(Nombre del Contacto de Emergencia) (Número de Teléfono del contacto de Emergencia)

Información Personal del Estudiante:

Tamaño de camiseta del estudiante (Camisetas son las tallas unisexo de adultos)

XS S M L XL

Preferencia de Pronombre del Estudiante

Ella/Su Él/Su Ellos/Sus Ellas/Sus Otro: _____ Rechazo a declarar

Información del Estado de Salud del Estudiante:

Necesidades de alimentación y alergias a los alimentos, por favor indique: _____

Asma El Estudiante lleva un inhalador

Diabetes El Estudiante lleva el medicamento

- Convulsiones El Estudiante lleva el medicamento
- Anemia de células falciformes El Estudiante lleva el medicamento
- Otra(s) condición(es): _____
- El/la Estudiante lleva el medicamento, por favor indique: _____
- Alergia severa: _____ El Estudiante lleva un Epi-pen

Todos los estudiantes con asma, diabetes, y alergias severas deben llevar disponibles medicamentos de emergencia o dar al personal en caso de un ataque de asma, nivel bajo de azúcar en la sangre, o reacción alérgica, junto con un plan de acción para la alergia severa/asma firmado por usted y su doctor. Visite a su enfermera de la escuela/Servicios de Salud para más información.

Información de Medicamentos:

1. Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Indicaciones de dispensación y almacenamiento _____

Posibles efectos secundarios: _____

2. Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Indicaciones de dispensación y almacenamiento: _____

Posibles efectos secundarios: _____

¿El Personal de Beyond Differences debería administrar medicamentos en el retiro?

- Sí, me gustaría que el personal de Beyond Differences administre medicamentos a mi hijo/a
- No, mi hijo/a se administrará su propio medicamento

Yo entiendo que si he seleccionado ‘Sí’ arriba, es mi responsabilidad darle el medicamento directamente al personal del programa con instrucciones completas en contenedores de dosis individuales, sobres claramente etiquetados o en frascos originales. Por lo presente reconozco que la información proporcionada para la dispensación del medicamento para mi hijo/a menor de edad, tutor, u otro miembro de la familia es exacta. También entiendo que es mi responsabilidad informar a la agencia de cualquier cambio en la dispensación de medicamentos.

¿Su Estudiante está incapacitado? Sí No

Si es así, ¿necesita acomodaciones? Sí No

Si es así, por favor explique: _____

Fecha: _____ Firma del Padre o Tutor: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Plan de Seguro de Salud: Nombre del plan: Suscriptor/Nº de póliza _____

Nombre de su médico/proveedor primario: _____

Teléfono de su médico/proveedor primario: _____

¿Las inmunizaciones y vacunas están vigentes? Sí No

Autorización Para Tratar el/la Menor: En el caso de que yo, u otro padre/tutor, no se pueda contactar, por lo presente autorizo que el personal de Beyond Differences se ponga encargo del tratamiento adecuado para mi hija/hijo/tutelado.

Autorización Para Administrar Tratamiento de Emergencia: Doy permiso para que mi hija/hijo/tutelado reciba tratamiento para necesidades rutinarias de asistencia médica y/o primeros auxilios. Entiendo que en caso de una emergencia, se hará todo lo posible para comunicarse con el padre/tutor o contacto de emergencia. Si no se puede hacer contacto, doy autorización para que Beyond Differences le de tratamiento y hospitalización cuando sea necesario a mi hijo/hija o menor dependiente y cirugía de urgencia por un médico con licencia conforme a la Sección-6910 del Código Civil de California. No conozco ningún motivo(s) aparte de la información que se indica en este formulario, por la cual mi dependiente no debe participar en las actividades prescritas.

Fecha: _____ Firma del Padre o Tutor: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Aviso Importante: La ley de California establece lo siguiente: Se considerará que todas las personas que participen en el viaje o excursión han renunciado el derecho a cualquier demanda en contra de Beyond Differences o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte ocasionada durante o por razón de la materia del viaje o excursión. (Código de Educación 35330).

Consentimiento y Liberación de Imágenes, Vídeos y Grabaciones

Beyond Differences lleva a cabo eventos y actividades en las que los estudiantes pueden ser fotografiados, grabados en video, o filmados. Para que estas imágenes, videos, y grabaciones sean utilizadas por el personal de Beyond Differences y miembros terceros autorizados, los padres o tutores deben dar su consentimiento y renunciar sus derechos a ellos acordando a lo siguiente:

Yo soy el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente. He sido informado por Beyond Differences que mi hijo/a participará en actividades programadas durante todo el año en el que mi hijo/a puede ser fotografiado, grabado en vídeo, o filmado por el personal de Beyond Differences o por un miembro tercero autorizado. Entiendo que estas son valiosas experiencias de aprendizaje para mi hijo/a, y yo estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/a participe en esta actividad o evento como se indica en esta forma de Consentimiento y Liberación.

Yo autorizo a Beyond Differences, o cualquier miembro tercero autorizado que ha sido aprobado, a la grabación del nombre, parentesco, imagen, y voz de mi hijo/a, y al rendimiento a través del cine, fotografía, imágenes, vídeo, digital o por cualquier otro proceso como parte de la actividad o evento. También estoy de acuerdo que cualquier grabación puede ser editada solo a la discreción de Beyond Differences, o de cualquier miembro tercero que Beyond Differences aprueba, y se utiliza en su totalidad o en parte por Beyond Differences, o por cualquier miembro tercero que Beyond Differences aprueba, por cualquier y toda difusión, publicación, distribución, formación, audio/visual, o el propósito de exposición en cualquier forma o medios de comunicación.

Yo entiendo que ni yo, ni mi hijo/a tendra ninguna propiedad intelectual u otro derecho legal o interés en lo que surja de la grabación en cualquier forma, incluyendo pero no limitado a cualquier imagen o cualquier otro derecho o interés económico que podría surgir de cualquier publicación, difusión, o reproducción de la grabación o la actividad o evento.

Yo también estoy de acuerdo en liberar y mantener indemne a Beyond Differences de y en contra de todas las acciones, reclamaciones, demandas, juicios, daños, pérdidas, gastos y obligaciones de todo tipo o naturaleza, incluyendo pero no limitado a honorarios razonables de abogados, que surjan de esta actividad, o que surja de o cualquier uso de la grabación.

Yo entiendo que este formulario contiene la totalidad del acuerdo y el entendimiento entre Beyond Differences y yo y no podrá ser modificado. Además, entiendo que las leyes del Estado de California gobiernan este formulario.

Yo entiendo que Beyond Differences (una corporación sin ánimo de lucro) con oficinas en 711 Grand Ave. Suite 200, San Rafael, CA, y sus sucesores tienen permiso e irrevocable derecho absoluto libre de regalías de usar, adaptar, modificar, reproducir, distribuir, ejecutar públicamente y mostrar Materia Liberada, en su totalidad o en parte, de forma individual o en conjunto con otros materiales para cualquier propósito, alrededor del mundo, incluyendo pero no limitado a los fines de la producción y la comercialización ya sea a través de películas, cintas de vídeo, fotografías, citas, emisión, emisión por cable, Internet, CD-ROM y cualquier otro medio o método ahora o desarrollada en el futuro.

Entiendo los acuerdos anteriores,

Fecha: _____ Persona/Estudiante Filmado/a: _____

Firma del Padre o Guardián: _____

Nombre del Padre or Guardián en Letra de Molde: _____