



Inspiring Youth to End Social Isolation

BEYOND DIFFERENCES HOJA DE PERMISO DEL ESTUDIANTE PARA VIAJE DE ESTUDIO/EXCURSIÓN

(devuelva el formulario a Beyond Differences)

A SER COMPLETADO POR MADRE/PADRE/GUARDIAN

Doy permiso para que mi hija/o/tutelado (Nombre del estudiante - imprima)

en (Escuela) en (Grado escolar) grado

participe en todos los eventos de Beyond Differences durante el año escolar 2020-2021. Y doy permiso para que mi hija/o/tutelado asista a excursiones durante las siguientes fechas:

Escuela preparatoria (high school) – retiros de fin de semana:

- 22 y 23 de Agosto o 12 y 13 de Septiembre (aproximadamente de 7:30/8:30am del sabado a 4:00/5:00 del domingo)

Escuela intermedia (middle school) – retiros de 1 día:

- 3 de Octubre o 17 de Octubre (aproximadamente de 7:30/8:30am a 4:00/5:00), Y
- 30 de Enero o 6 de Febrero (aproximadamente de 7:30/8:30am a 4:00/5:00)

Fecha: Firma de Madre/Padre/Guardián:

Imprimir nombre:

Indique el orden de preferencia de las fechas de su familia. Tenga en cuenta que no podemos garantizarle el día en que se le asignará a su hijo, pero haremos todo lo posible para cumplir con las preferencias de las familias. Marque con el número 1 para la primera opción y 2 para la segunda opción.

Table with 3 columns: Escuela Preparatoria, Escuela Intermedia, and Retiro de Liderazgo. Includes dates and localities for each option.

NOTA: Beyond Differences se compromete a mantener la seguridad de los estudiantes y adultos con los que trabajamos. En caso en que se determine que no es seguro hacer los retiros en persona, estos se van a efectuar a traves de internet en las fechas indicadas.

Información de Contacto:

Numero de Emergencia de Madre/Padre/Guardián:

1. (Nombre del Guardián) (Numero de teléfono del Guardian)



**Información del medicamento:**

1. Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Instrucciones de dispensación y almacenamiento: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

2. Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Instrucciones de dispensación y almacenamiento: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

¿El Personal de Beyond Differences debería de administrar medicamentos durante el retiro o eventos?

- Sí, quiero 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 entregar el medicamento directamente al personal del programa con las instrucciones completas en contenedores de dosis individuales, sobres claramente etiquetados o en frascos de prescripción originales. Por lo presente reconozco que la información proporcionada para la dispensación de medicamentos para mi hijo/a menor, guardián, 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.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Madre/Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

¿Su estudiante está incapacitado?  Sí  No

Si es así, ¿necesita acomodaciones?  Sí  No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Plan de Seguro de Salud - Nombre del plan:** Suscriptor/N.º 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/guardián, no se pueda contactar, por lo presente autorizo que el personal de Beyond Differences se ponga encargo del tratamiento adecuado para mi hija/hijo/guardián.

**Autorización Para Administrar Tratamiento de Emergencia:** Doy permiso para que mi hija/hijo/guardián 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 de tratamiento y hospitalización cuando

sea necesario a mi hijo/hija o menor dependiente y cirugía de emergencia 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 de Madre/Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PREPARATORIA (Grados 9-12):** Con el permiso de los padres/tutores y el personal de supervisión, un estudiante de la preparatoria puede llegar a la localidad de la excursión y/o irse desde ese destino por su propia cuenta. Por favor, marque la cajita debajo si concede el permiso a su estudiante de preparatoria para llegar o salir del destino por su propia cuenta. Bajo esta opción, Beyond Differences no se hace responsable por incidencias que podrían suceder.

Mi estudiante de preparatoria tiene mi permiso para llegar y/o irse del destino por su propia cuenta:

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre o Guardián)

### **Aviso Importante y Exenciones:**

Aviso importante y exenciones: La ley de California estipula lo siguiente: se considerará que todas las personas que asisten al paseo o la excursión han renunciado el derecho a cualquier demanda en contra de Beyond Differences o el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o muerte ocasionada durante el viaje o excursión o por materia del viaje o excursión. (Código de Educación Sección 35330).

Entiendo que hay algunos riesgos involucrados en el viaje cubierto por este formulario de permiso. Expreso y voluntariamente acepto todos los riesgos relacionados con la participación de mi hijo/a/guardián en el viaje o como resultado del viaje. Reconozco que puede haber otros riesgos que no conozco o que no son razonablemente previsibles en este momento y por la presente estoy renunciando a cualquier y todos los derechos y beneficios conferidos por cualquier estatuto, reglamento o principio de ley común o civil de los Estados Unidos, de cualquier estado, territorio, u otra jurisdicción del mismo, o de cualquier país extranjero u otra jurisdicción extranjera que sea similar, comparable o equivalente a la Sección 1542 del Código Civil de California que establece lo siguiente:

**SECCIÓN 1542. UNA LIBERACIÓN GENERAL NO SE EXTIENDE A RECLAMACIONES QUE EL ACREEDOR NO SABE O SOSPECHA QUE EXISTEN A SU FAVOR EN EL MOMENTO DE EJECUTAR LA LIBERACIÓN, QUE SI LO CONOCIA DEBIA HABER MATERIALMENTE AFECTADO SU ARREGLO CON EL DEUDOR.**

Por lo presente, también libero, despido y me comprometo a no demandar o presentar ninguna demanda en contra de Beyond Differences ni a ninguno de sus directores, funcionarios, empleados o agentes (“Exonerados”) y renuncio a cualquier demanda en contra los Exonerados por cualquier acción o demanda, pérdidas, daños, responsabilidades, costos o gastos relacionados con, surgidos o relacionados con la participación de mi hijo/a/guardián en el viaje.

## 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 la/el madre/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 tendrá 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 de Madre, Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre, Padre o Guardián en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento de Padres/Guardianes para Participar en Investigaciones de Beyond Differences**

Durante el actual año escolar 2020-2021, Beyond Differences podría solicitar los comentarios de su hijo/a sobre su experiencia en nuestro programa para ayudar a mejorar los esfuerzos de programación. Como una organización dirigida por jóvenes, valoramos mucho y continuamente buscamos aprender de los comentarios de nuestros participantes jóvenes.

Si usted es el padre o tutor legal de un niño que podría participar en Beyond Differences este año escolar, se requiere su permiso a través de este formulario para que podamos incluir a su hijo/a en nuestro proceso de investigación para ayudar a informar la planificación y tomar decisiones como organización.

A continuación hay más detalles, seguidos por una sección que solicita su consentimiento.

**DESCRIPCIÓN:** Con su permiso, se podría invitar a su hijo/a a participar en la evaluación continua del programa para comprender mejor cómo se implementa la programación de Beyond Differences, cómo los participantes perciben y experimentan su programación y cómo se pueden mejorar sus esfuerzos.

A ella/él/ellos se les podría pedir que participen en un grupo focal y/o que completen una breve encuesta durante un tiempo de reunión programado regularmente por Beyond Differences. La evaluación de este programa valora y aprecia la perspectiva abierta y honesta de su hijo/a; no hay respuestas “correctas”.

Tenga en cuenta que la privacidad individual de su hijo/a estará protegida, y su anonimato se mantendrá en todas las publicaciones y comunicaciones informales y formales resultantes del estudio.

Su decisión de permitir o no que su hijo/a participe en este proceso de investigación/retroalimentación es completamente voluntaria y no afectará su participación en los programas o actividades de Beyond Differences. Además, si otorga su permiso para que su hijo/a participe en esta encuesta o investigación de grupo focal, entienda que su participación es voluntaria y que tiene el derecho de suspender la participación en cualquier momento. Él / ella también tiene el derecho de omitir respuestas o negarse a responder preguntas particulares.

#### **POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PERMISOS:**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en una encuesta anónima de comentarios sobre su experiencia con Beyond Differences.

**Escriba sus iniciales:**  Sí  No

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en un grupo focal (es decir, un debate grupal facilitado por un investigador).

**Escriba sus iniciales:**  Sí  No

Firma del padre / guardián (FIRMA) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Este formulario de consentimiento de padres se vence un año después de la fecha de la firma. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra organización a través de beyonddifferences@gmail.com*