Upham Woods Outdoor Learning Center

UW Extension University of Wisconsin-Extension

Upham Woods Outdoor Learning Center

Solicitud de Campamento

FORMULARIO DE MATRÍCULA

Por favor seleccione la sesión a la cual se está matriculando:

☐ **Camp Sesión 1: 15-18 JUNIO, 2018**

☐ **Camp Sesión 2: 20-23 JULIO, 2018**

☐ **Camp Sesión 3: 5-11 AGOSTO, 2018**

Nombre Participante_____ **Grado** (en 01/01/18) _____**Edad** (en 01/01/18) _____

Dirección_____**Ciudad**_____**Estado**_____**Condado**_____

Correo electrónico (La confirmación y logística del campamento se enviará solo por correo electrónico)

_____

Nombre del Padre/Tutor:_____ **Dirección del Padre/Tutor**_____

Teléfono Padre/Tutor #1_____ **Teléfono Padre/Tutor #2** _____

Requerimiento de Dieta Especial o Restricciones:

Solicitud de Compañero de Cuarto: _____

Por favor seleccione una talla de camiseta:

JOVEN talla ____P ____M ____G ____XL **o** **ADULTO** talla ____P ____M ____G ____XG

La información siguiente es para propósitos demográficos solamente, por favor llénela:

Raza: ☐ Asiática ☐ Negra o Afroamericana ☐ Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico ☐ Blanca ☐ Mas de una raza ☐ No determinada

Etnicidad: ☐ Hispánica ☐ No-Hispánica

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Residencia: ☐ Granja ☐ Rural (menos 10,000) ☐ Pueblo (1,000-50,000) ☐ Suburbio de ciudad (>50,000) ☐ Ciudad (>50,000)

_____ _____

Firma de Padre/Tutor **Fecha**

Los empleadores de EEO/AA, Extensión de Universidad de Wisconsin, proporcionan oportunidades iguales en empleos y programas, incluyendo requerimientos de Título IX y ADA. Por favor, solicite los acomodamientos razonables para asegurar acceso igualitario al evento antes de la fecha de cierre de la matrícula.

Acuerdo de Expectativas para los Jóvenes

(**Youth Expectation Agreement)**

Querido Padre (o Madre) y Joven:

El Centro de Aprendizaje al Aire Libre de Upham Woods proporciona una experiencia de aprendizaje positiva para los jóvenes. La salud, el bienestar y el desarrollo positivo de los jóvenes es nuestra consideración más importante.

Ya que los jóvenes representan a un gran número de familias con una gran variedad de procedencias y costumbres familiares, deseamos estar seguros de que tengamos expectativas comunes:

1. Los jóvenes deben ser responsables y lo suficientemente maduros para comportarse de manera apropiada en todo momento. Se espera que los jóvenes respeten el derecho de otras personas a escuchar a ponentes y a otras personas durante los programas.
2. Los jóvenes deben participar en las actividades programadas relacionadas con sus posiciones asignadas durante su experiencia en el campamento.
3. Los jóvenes deberán cumplir con los reglamentos de seguridad y de conducta del Centro de Aprendizaje al Aire Libre de Upham Woods y de su escuela o grupo.
4. Los jóvenes deben comprender que una conducta responsable incluye el no poseer o usar alcohol, ni tabaco ni drogas sin receta ni armas antes, durante ni después de la experiencia en el campamento.
5. Los jóvenes no deben abandonar Upham Woods sin consultar con el maestro o el líder que esté a cargo del campamento.
6. Los jóvenes deben cumplir con la política del campamento que prohíbe que se traigan al campamento alimentos, dulces, teléfonos celulares, radios y reproductores de música.
7. Los jóvenes se abstendrán de participar en ceremonias de iniciación, abuso, acoso y otras conductas que le causen humillación o vergüenza a otra persona. Estas actividades no se tolerarán.

Accedo a cumplir con estas expectativas.

_____ _____

Firma del joven Fecha

Comprendo y estoy de acuerdo con los reglamentos del campamento que mi hijo, hija o pupilo/a ha accedido a cumplir. Si no se cumplen los acuerdos, comprendo que es mi responsabilidad como padre el proporcionar transporte para que mi hijo, hija o pupilo vuelva a casa.

_____ _____

Firma del Padre, de la Madre o del Tutor Legal Fecha

1/31/07

Acuerdo para Asunción de Riesgo, Indemnización, Autorización y Consentimiento para Tratamiento de Emergencia

Yo, _____ (escriba su nombre con letra de imprenta), edad _____, deseo participar voluntariamente en actividades de recreación en University of Wisconsin (la Universidad de Wisconsin) – Extension.

COMPRENDO QUE SE ME PIDE QUE LEA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PÁRRAFOS CUIDADOSAMENTE. COMPRENDO QUE SI DESEO HABLAR SOBRE CUALQUIERA DE LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN ESTE ACUERDO, PUEDO COMUNICARME CON Justin Hougham, Director de Upham Woods, LLAMANDO AL NÚMERO DE TELÉFONO 608-254-6461.

Asunción de riesgos:

Comprendo que la actividad física relacionada con la programación de Upham Woods, por su propia naturaleza, lleva ciertos riesgos inherentes que no se pueden eliminar a pesar de los esfuerzos que se hagan para evitar lesiones. Algunos de estos consisten en ejercicios vigorosos de fuerza que usan diferentes grupos de músculos, algunos consisten en movimientos rápidos de velocidad y cambio de dirección y otros consisten en actividad física continua que estresa el sistema cardiovascular. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero en cada actividad los riesgos pueden ir de: 1) lesiones menores como rasguños, moretones y distensiones a 2) lesiones mayores como fracturas, lesiones internas, lesiones de las articulaciones o espalda, ataques al corazón y conmociones cerebrales a 3) lesiones catastróficas incluyendo parálisis y muerte. Comprendo que la Universidad me ha aconsejado que consulte con un médico antes de participar en esta actividad. Comprendo que se me ha aconsejado que tenga seguro de salud y accidentes válido y que ni la Universidad ni el Estado de Wisconsin me proporcionan esta cobertura. **SÉ, COMPRENDO Y APRECIO LOS RIESGOS INHERENTES EN LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES QUE SE NOMBRAN ARRIBA. POR LA PRESENTE, AFIRMO QUE MI PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE ASUMO CON CONOCIMIENTO TODOS ESTOS RIESGOS.**

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre, madre o tutor legal (si el participante es menor de 18 años):

_____ **Fecha:** _____

Exención, Indemnización y Autorización:

En consideración de tener permiso para participar voluntariamente en la programación de Upham Woods, hoy y en toda fecha futura, yo, actuando por mí mismo, mis herederos, representantes o sucesores personales, accedo a defender, eximir, indemnizar y autorizar Board of Regents of the University of Wisconsin System (al Consejo de Regentes del Sistema de la Universidad de Wisconsin), University of Wisconsin (a la Universidad de Wisconsin)-Extension, y a sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios de y contra cualquier y toda reclamación, demanda, acción o causa de acción de cualquier tipo debido a daño a propiedad personal, o lesión personal, o muerte que pueda resultar de mi participación en el programa que se nombra arriba. Esta autorización incluye reclamaciones basadas en la negligencia del Consejo de Regentes del Sistema de la Universidad de Wisconsin, la Universidad de Wisconsin-Extension, y de sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios, pero no incluye expresamente reclamaciones basadas en mala conducta intencional o negligencia grave. **COMPRENDO QUE AL ACCEDER A ESTA CLÁUSULA, EXONERO DE RECLAMOS Y RENUNCIO A DERECHOS IMPORTANTES INCLUYENDO EL DERECHO A ENTABLAR UNA DEMANDA JUDICIAL.**

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre, madre o tutor legal (si el participante es menor de 18 años):

_____ **Fecha:** _____

Consentimiento para Tratamiento de Emergencia:

Autorizo a la Universidad de Wisconsin-Extension, y a sus representantes designados para que consientan, en mi nombre, a cualquier cuidado o tratamiento médico u hospitalización de emergencia que se proporcione de acuerdo a la recomendación de un médico autorizado. **CONSIENTO A SER RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS NECESARIOS INCURRIDOS POR HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO BRINDADO CONFORME A ESTA AUTORIZACIÓN.**

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre, madre o tutor legal (si el participante es menor de 18 años):

Firma: _____ **Fecha:** _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL USO DE FOTOGRAFÍAS

☐ Autorizo a la Universidad de Wisconsin-Extensión para que use mi fotografía y mis comentarios en informes, artículos y publicaciones de la UW-Extensión que hayan sido creados con propósitos educativos, informativos y promocionales. Entiendo que algunos de estos materiales pueden ser publicados en la Web Mundial por un cierto período de tiempo.

☐ Autorizo a la Universidad de Wisconsin-Extensión para que use la fotografía y los comentarios de mi hijo/a menor de edad, (nombre) _____, en informes, artículos y publicaciones de la UW-Extensión que hayan sido creados con propósitos educativos, informativos y promocionales. Entiendo que algunos de estos materiales pueden ser publicados en la Web Mundial por un cierto período de tiempo.

Escriba su nombre con letra de imprenta:
_____

Fecha _____

Dirección:
_____

Teléfono: _____

Firma: _____

Por favor firme y mande este formulario a:
Upham Woods Outdoor Learning Center, N194 County Rd N, Wisconsin Dells, WI 53965, 608-254-6461.

Nombre del proyecto:

Universidad de Wisconsin–Extensión

Formulario de salud para eventos juveniles 2016

Nombre del evento: _____

Fechas: _____

Nombre del (de la) joven: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad en el 1er día del evento _____ Sexo: ☐M ☐ F

Padre (madre) custodio(a)/tutor legal o esposo(a) _____ Dirección electrónica: _____

Números de teléfono: Casa (____) ____-____ Trabajo (____) ____-____ Celular (____) ____-____

Domicilio: _____

Calle Ciudad Estado Código

Segundo(a) padre (madre)/tutor legal y(o) contacto de emergencia: _____ Teléfono Casa: (____) ____-____

Trabajo (____) ____-____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código

Sí	No	Problemas de salud (marque)	Sí	No	Alergias	Lista de detalles específicos
☐	☐	Asma	☐	☐	Picaduras de insectos	
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Alimentos	
☐	☐	Epilepsia	☐	☐	Medicamentos	
☐	☐	Psiquiátricos	☐	☐	Otras	
☐	☐	Cognitivo/de desarrollo	☐	☐	¿Requiere alguna alergia una inyección de EPIPEN?	
☐	☐	¿Algún mareo, desvanecimiento o desmayo asociado con ejercicio durante el año pasado?	☐	☐	¿Necesita y debe llevar insulina el joven o la joven?	
☐	☐	¿Algún latido cardíaco sin explicación, rápido o irregular durante el año pasado?	☐	☐	¿Necesita y tiene que llevar un inhalador el joven o la joven?	
☐	☐	Un médico ha prohibido o limitado la participación en deportes debido a un problema del corazón.	Fecha del último refuerzo contra el tétano:			

Compañía de seguros: _____ **Número de póliza de seguro**: _____

Medicamentos que el campista tomará durante el evento o campamento:

Medicamento #1	Razón	Dosis (mg)	A qué horas del día se administra	Médico que receta y su número de teléfono

Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea):

Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:

Nombre del participante: _____
Firma del padre (o madre) o tutor legal: _____

Medicamento #2	Razón	Dosis (mg)	A qué horas del día se administra	Médico que receta y su número de teléfono
Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea): Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:				

Medicamento #3	Razón	Dosis (mg)	A qué horas del día se administra	Médico que receta y su número de teléfono
Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea): Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:				

Medicamento #4	Razón	Dosis (mg)	A qué horas del día se administra	Médico que receta y su número de teléfono
Describa efectos secundarios (estado de ánimo/cambios de conducta, malestar estomacal, diarrea): Haga una lista de instrucciones especiales o de información adicional acerca de los medicamentos para el personal de salud:				

Es posible que los programas tengan una cantidad limitada de medicamentos que no requieren receta. Escoja los medicamentos que se pueden administrar, si están disponibles.

Acetaminofen (Tylenol): ☐Sí ☐No

Crema de hidrocortisona (anti-comezón): ☐Sí ☐No

Benadryl: ☐Sí ☐No

Ibuprofen: ☐Sí ☐No

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO MÉDICO

AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:

Si su hijo, hija o pupilo será menor de 18 años cuando participe en un evento, campamento o programa de University of Wisconsin-Extension, es la política de los eventos, campamentos o programas obtener su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de dispositivos médicos. El medicamento o dispositivo médico debe ser administrado por personal de salud designado del evento, campamento o programa con la excepción de que una cantidad limitada de medicamento para afecciones potencialmente mortales puede ser llevada y administrada por su hijo, hija o pupilo(a) (por ejemplo, equipo para picaduras de abeja, inhalador, jeringa de insulina).

Es la política del evento o campamento obtener con su firma abajo su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de dispositivos. Por favor marque todas las afirmaciones pertinentes:

Sí	No		
☐	☐	No se ha traído ningún medicamento al evento o campamento.	
☐	☐	Se ha(n) traído medicamento(s) recetado(s) al evento o campamento. Todos los medicamentos recetados deben estar en la botella de medicamento original y con una etiqueta con el nombre del joven participante, el nombre del médico, el nombre del medicamento, dosis, número de la receta, fecha en que se recetó e instrucciones. Además, información sobre medicamentos recetados debe ser proporcionada por escrito al empleado de salud del evento o campamento con la información que se pide en una sección posterior de este formulario.	
☐	☐	Se han traído medicamentos sin receta al evento o campamento y pueden ser administrados por un empleado de salud del evento o campamento según sea necesario. Todos los medicamentos sin receta deben llevar una etiqueta con el nombre del joven o de la joven participante, el nombre del medicamento, la dosis e instrucciones.	

Si su hijo, hija o pupilo(a) será menor de 18 cuando esté en el evento o campamento, es nuestra política obtener su consentimiento para **todo lo que aparece a continuación. Al firmar abajo,**

- Doy mi consentimiento por adelantado para tratamiento médico en un centro médico apropiado en caso de enfermedad o lesión.
- Declaro que estoy consciente de y acepto el riesgo inherente en las actividades del programa.
- Testifico que toda la información en este formulario es correcta y actualizada y que proporcionaré todas las modificaciones substanciales e importantes a cualquier información en este formulario a empleados del evento o campamento a más tardar en el momento de llegada.
- Me comprometo a eximir de responsabilidad e indemnizar a Board of Regents of the University of Wisconsin System (el Consejo de Regentes del Sistema de la Universidad de Wisconsin), y a University of Wisconsin-Extension (la Universidad de Wisconsin-Extensión), sus directivos, agentes y empleados de toda responsabilidad, pérdida, daños, costos o gastos sufridos, incurridos o requeridos como resultado de acciones de mi hijo, hija o pupilo(a) en el curso del evento o campamento.

Nombre del participante (por favor escriba con letras de molde)

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL **Fecha**

Éste es el formulario aprobado para eventos y campamentos de 4-H.