



Documentos requeridos

Campamento de Verano Bulldogs

Nombre del Niño(a): _____

Fecha: ____ / ____ / ____

- A. ____ Hoja de Matrícula
- B. ____ Hoja de Emergencia
- C. ____ Hoja de Examen Médico con 2 foto 2x2
- D. ____ Autorización en caso de Emergencia
- E. ____ Acuerdo y Relevo de Responsabilidad
- F. ____ Copia de la Tarjeta del Plan Médico
- G. ____ Copia ID- personas autorizadas a recoger el niño/a
- H. ____ Certificado Vacunas reciente (copia)
- I. ____ Certificado de Nacimiento (copia)
- J. ____ Autorización Fotos/Videos

Entregado a: _____



MATRÍCULA PARA CAMPAMENTO DE VERANO BULLDOGS

Nombre del participante: _____ Edad: _____

Nombre de padre/ encargado: _____

Tel: _____

Nombre de madre/ encargada: _____

Tel: _____

Dirección Residencial:

Dirección Postal:

E-mail: _____

Tel. de emergencia: _____

Duración del campamento 2 al 25 de junio de 2025

Costo del Campamento de Verano Bulldogs:

1. \$450 (comunidad general)
2. \$425 (ex alumnos con evidencia de que pertenece a la asociación de ex – Alumno o Alumni)
3. \$400 (empleados de la UPR-Mayagüez y estudiantes activos de la UPR Mayagüez)

Horario: 7:30 am a 4:00pm



RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

1. **El Campamento de Verano Bulldogs** les exige a todos sus participantes presentar un examen físico de su doctor de preferencia antes de utilizar cualquier equipo o participar en cualquier actividad.
2. Todo ejercicio, incluyendo equipos y aparatos diseñados para ejercitarse, es ejecutado bajo su propio riesgo.
3. **Ningún depósito o saldo del programa será reembolsado, bajo ninguna circunstancia.**
4. Todos los documentos solicitados deben ser entregados en las fechas establecidas, de no ser así no se aceptará al niño hasta tanto todos los documentos estén al día.
5. Los pagos deben realizarse con ATH con logo de Visa, MasterCard u otro.
6. La hora de salida del programa es a las 4:00pm. No habrá horario extendido.
7. Al firmar este contrato, usted establece que está de acuerdo con el reglamento y todo lo antes estipulado.

Firma: _____



HOJA DE EMERGENCIA

Nombre y Apellidos _____

Peso _____ Estatura _____

Nombre del Pediatra _____

Dirección física del Pediatra

Fecha último examen físico _____

Información del Plan Médico (debe incluir copia)

Nombre del Plan: _____ Asegurado principal: _____

Número de contrato: _____

Condiciones de las que padece el/la participante

Alergias de las que padece el/la participante



AUTORIZACION EN CASO DE EMERGENCIA

Por la presente, yo _____, padre o encargado del niño/a
_____ autorizo a la administración y/o al personal del
Campamento de Verano Bulldogs a que, en caso de emergencia y de ser requerido,
el/la participante sea llevado a la Sala de Servicios Médicos del Recinto
Universitario de Mayagüez para su diagnóstico y tratamiento de inmediato.

Firma: _____ Fecha: _____



ACUERDO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo, padre/madre, o tutor legal del menor, _____ quien participará en las actividades del **Campamento de Verano Bulldogs**, por la presente expresamente relevo de toda responsabilidad a la Universidad de Puerto Rico, Recinto Universitario de Mayagüez, sus funcionarios, agentes, empleados, auspiciadores y todos sus representantes; por cualquier lesión o daño personal y/o de cualquier otra índole que sufra o pueda sufrir mi hijo/a durante su participación en las actividades y uso del equipo y facilidades del **Campamento de Verano Bulldogs**. Firmado en Mayagüez, Puerto Rico, hoy _____.

Firma del padre/madre/encargado(a): _____



AUTORIZACIÓN A FOTOS Y VIDEOS

Yo, _____ (padre/madre/encargado(a)),
autorizo y estoy de acuerdo a que las del **Campamento de Verano Bulldogs** y sus
empleados tengan derecho a tomar fotos, videos, y/o grabaciones digitales de
_____ (hijo/a) durante su participación en las actividades y que
puedan utilizar estos trabajos en sus páginas de internet. Autorizo y le concedo el
derecho a la administración del **Campamento de Verano Bulldogs** a exhibir dichos
trabajos en manera impresa o electrónica de forma pública o privada en sus páginas
oficiales.

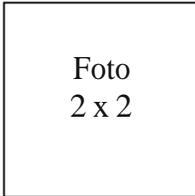
Nombre del/de la participante: _____

Nombre del padre/madre/encargado/a: _____

Firma del padre/madre/encargado/a: _____

Fecha: _____

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ
DECANATO DE ESTUDIANTE
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS**



EVALUACION DE SALUD

NOTA: SOLO PARA PARTICIPANTES/ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS. ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION MÉDICA CONFIDENCIAL Y DEBE SER PROTEGIDO Y MANEJADO POR PROFESIONAL AUTORIZADO.

Parte I (Debe ser cumplimentada por los padres o persona encargada) (Favor usar tinta negra y letra de molde)

Nombre: _____ Grupo/Campamento/Departamento _____
 Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____ Sexo F M
 Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____
 Dirección Permanente _____

Tel. Residencial (_____) _____ - _____ Tel. Trabajo (_____) _____ - _____ Tel. Celular (_____) _____ } _____
 Persona a llamar en caso de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia (_____) _____ - _____
 Médico o Pediatra _____ Teléfono (_____) _____ - _____

Plan Médico _____ Fecha de Expiración _____
 (Incluir copia de la Tarjeta del Plan Médico)

EN CASO DE EMERGENCIA O ACCIDENTE DOY MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO AL PERSONAL MEDICO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ A OFRECER A MI HIJO/A SERVICIO DE EMERGENCIA, O A TRANSFERIR O SER REFERIDO/A DE SER NECESARIO A UNA FACILIDAD HOSPITALARIA DEBIDAMENTE ACREDITADA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD.

 Fecha _____ Firma del padre/madre o encargado(a) _____

Parte II Información Médica (para ser cumplimentada por el médico)

Peso _____ Estatura _____ Presión arterial _____ Pulso _____

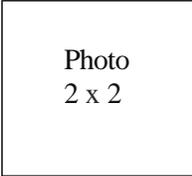
	SI	NO
1. ¿Existe alguna condición de la que se pueda esperar emergencia, como diabetes, epilepsia, mareo, asma, etc?		
2. ¿Existe alguna condición emocional, mental, o física que requiera supervisión médica?		
3. ¿Están al día sus inmunizaciones?		
4. ¿Hay alguna razón para sospechar problemas de salud?		
5. ¿Hay alguna condición que limite: Actividades en el salón, Educación Física, Competencias atléticas deportivas?		
6. ¿Hay alguna condición de visión, audición, lenguaje o movimiento para la que haya que hacer ajustes de acceso, horario, dieta o localización?		
7. Alergia a:		

COMENTARIOS _____

 Firma del Médico _____ Teléfono _____

 Nombre del Médico _____ No. de Licencia _____ Fecha _____

**UNIVERSITY OF PUERTO RICO
MAYAGÜEZ CAMPUS
DEAN OF STUDENTS
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES**



HEALTH EVALUATION

NOTE: FOR PARTICIPANTS/STUDENTS UNDER 21 YEARS OF AGE ONLY. THIS DOCUMENT CONTAINS CONFIDENTIAL MEDICAL INFORMATION AND MUST BE PROTECTED AND HANDLED BY AUTHORIZED PERSONNEL.

Part I (To be completed by parent or legal guardian) (Please use black ink and print clearly)

Name: _____ Group/Camp/Department: _____

Date of Birth: Month _____ Day _____ Year _____ Age _____ Sex: F _____ M _____

Father's Name: _____ Mother's Name: _____

Permanent Address: _____

Home Phone (____) _____ - _____ Work Phone (____) _____ - _____ Cell Phone (____) _____ - _____

Person to contact in case of Emergency: _____ Emergency Phone Number (____) _____ - _____

Doctor or Pediatrician: _____ Phone (____) _____ - _____

Health Insurance Plan: _____ Expiration Date: _____

(Attach a copy of the health insurance card)

IN CASE OF AN EMERGENCY OR ACCIDENT, I GIVE MY AUTHORIZATION AND CONSENT TO THE MEDICAL STAFF OF THE DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES OF THE MAYAGÜEZ CAMPUS TO PROVIDE EMERGENCY SERVICES TO MY SON/DAUGHTER, OR TO BE TRANSFERRED OR REFERRED IF NECESSARY TO A HOSPITAL FACILITY ACCREDITED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH.

Date

Signature of Parent/Legal Guardian

Part II Medical Information (to be completed by physician)

Weight _____ Height _____ Blood Pressure _____ Pulse _____

	SI	NO
1. Is there any condition lead to an emergency such as diabetes, epilepsy, dizziness, asthma, etc.?		
2. Is there any emotional, mental, or physical condition requiring medical supervision?		
3. Are immunizations up to date?		
4. Is there any reason to suspect health problems?		
5. Is there any condition that limits: Classroom Activities, Physical Education, Sports Competitions?		
6. Is there any condition related to vision, hearing, speech or movement requiring adjustments in access, schedule, diet or location?		
7. Allergies to:		

COMMENTS: _____

Physician's Signature

Phone

Physician's Name

Licence Number

Date