

## 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 foto 2x2
- D. Autorización en caso de Emergencia, Acuerdo y Relevo de Responsabilidad
- E. Copia de la Tarjeta del Plan Médico
- F. **Copia ID- personas autorizadas a recoger el niño/a**
- G. **Certificado Vacunas reciente (copia)**
- H. **Certificado de Nacimiento (copia)**
- I. Autorización Fotos/Videos
- J. Videos Fotos 2x2 del participante

\*Fecha límite para entregar documentos: viernes, 3 de junio de 2022

***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** 6 al 28 de junio de 2022

**Costo del Campamento de Verano Bulldogs:**

1. \$350 (comunidad general)
2. \$325 (ex alumnos con evidencia de que pertenece a la asociación de ex – Alumno o Alumni)
3. \$300 (empleados de la UPR-Mayagüez y estudiantes activos de la UPR-Mayagüez)

**Horario:** 8:00 am a 4:00pm

# Renuncia y liberación de responsabilidad

1. **El Campamento de Verano Bulldogs** les exige a todos sus participantes a presentar un examen físico de su doctor de preferencia antes de utilizar cualquier equipo o participación en cualquier actividad.
2. Todo ejercicio, incluyendo equipos y aparatos diseñados para ejercitarse es ejecutado a su propio riesgo.
3. **Ningún depósito o saldo del programa será reembolsado, bajo ninguna circunstancia.**
4. Al firmar este contrato significa que está de acuerdo con el reglamento y todo lo anterior estipulado.
5. 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 no estén al día.
6. Los pagos deben realizarse con ATH con logo de Visa o MasterCard.
7. La hora de salida del programa es a las 4:00pm.

**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 niño o la niña:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Alergias de las que padece el niño o la niña:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Copia ID- personas autorizadas a recoger el niño/a

Todo padre/madre/encargado(a) deberá presentar copia de su id al momento de entregar estos documentos.

Personas encargadas a recoger el niño(a):

...	.	Teléfono
Nombre	Relación/Parentesco	
...	.	
...	.	
.		
.....	..	

## **Autorización en caso de emergencia**

Por la presente, Yo \_\_\_\_\_, padre o encargado del niño/a  
\_\_\_\_\_ autorizo a la administración o al personal del  
**Campamento de Verano Bulldogs** a que, en caso de emergencia, si mi niño lo  
requiere, 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**. En Mayagüez, Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_

Firma del padre o encargado: \_\_\_\_\_

## **Autorización a fotos y videos**

Yo, \_\_\_\_\_ (padre o encargado), 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) y que pueden utilizar estos trabajos en nuestra pagina de internet. Autorizo y le concedo el derecho a las del **Campamento de Verano Bulldogs** a exhibir dichos trabajos en manera impresa o electrónica de forma pública o privada en las paginas oficiales.

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_

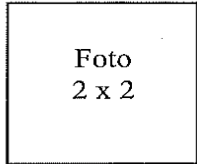
**Nombre del padre / encargado:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre / encargado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



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



**CERTIFICADO DE EVALUACIÓN DE SALUD**

**NOTA: SOLO PARA PARTICIPANTES/ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS. ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN 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