



Por favor rellene un formulario para cada una de las chicas que participen en los programas de LaAmistad.

Nombre de la Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____ mes/día/año Colegio _____ Grado 2012-13 _____

Dirección _____

Correo Electrónico (si existiera) _____

Nombre Completo del Padre _____
primer apellido teléfono

Nombre Completo de la Madre _____
primer apellido teléfono

Historial de la Salud

Por favor rellene el siguiente historial médico. Dicha información es necesaria para nuestro conocimiento de las necesidades médicas de su hija.

Haga un círculo "Si" o "No"

¿Tiene algún tipo de alergia a algún alimento? Si No

¿Tiene algún tipo de alergia a algún medicamento? Si No

¿Tiene algún tipo de alergia a picaduras de insecto etc.? Si No

Enumere por favor las Alergias _____

¿Tiene algún problema de visión o de oído? Si No

¿Utiliza gafas o lentillas? Si No

¿Tiene algún problema crónico como asma, diabetes, enfermedad cardíaca, convulsiones? Si No

Enumérelos a continuación _____

¿Tiene o ha tenido alguna lesión de gravedad o cirugía? Si No

¿Tiene o ha tenido algún problema emocional/psicológico? Si No

¿Toma alguna medicación actualmente? Si No

Enumérelos a continuación _____

¿Tiene alguna discapacidad o limitación? Si No

Sea tan amable de explicar a continuación cualquier problema de salud si Usted a contestado "Si" a alguna de las preguntas anteriores.-



Con mi firma, certifico que la información descrita a continuación sobre mi hija es correcta. También certifico que autorizo a LaAmistad a compartir/proporcionar la información de salud/médica pertinente y básica de mi hija con el personal apropiado con el fin de proteger el bienestar de mi hija.

Contrato de Servicio Médico en Caso de Emergencia

En caso de una emergencia en el que esté involucrado mi hija, autorizo con mi firma a LaAmistad a obtener tratamiento médico de urgencia para mi hija. Por el presente, autorizo y doy mi consentimiento al susodicho cuidado y tratamiento de mi hija previsto por cualquier médico, preparador, enfermero/a, Hospital o representante de LaAmistad, al igual que declaro mi acuerdo a indemnizar y salvaguardar a LaAmistad y sus representantes de cualquier demanda contra cualquier persona involucrada en el cuidado y tratamiento de mi hijo/a. Entiendo que en caso de que fuese necesaria una intervención médica, se harán todos los esfuerzos posibles para ponerse en contacto con el padre/padres o tutor/tutores de inmediato enumerados anteriormente.

Excursiones y Transporte

Con mi firma y por el presente AUTORIZO a mi hija a participar en actividades fuera del recinto con LaAmistad. Dichas actividades incluyen excursiones, viaje de estudios y otras oportunidades que puedan presentarse en el futuro. Entiendo que LaAmistad ofrecerá la información pertinente sobre cada una de las actividades organizadas fuera del recinto con antelación. Quedo informado y de acuerdo que en caso de que fuera necesario un medio de transporte, este sería suministrado por los padres, u otros individuos privados u operadores comerciales fidedignos y asegurados; sin embargo estos mismos no estarían bajo la supervisión o el control de LaAmistad. A cambio de permitir la participación de mi hijo/a en dichas actividades, desisto, eximo, libero y renuncio de cualquier responsabilidad (y del derecho a recurrir a una demanda) que yo o mi hija (y nuestros sucesores, herederos y cesionarios) podamos recurrir contra LaAmistad por cualquier obligación legal o responsabilidad total o parcial causada por una defunción, enfermedad, daño personal o de propiedad que haya sido ocasionado en dicha excursión o por otros motivos relacionados con el transporte de dicha actividad.

Publicación de Fotografías e Imágenes

Con mi firma y por el presente AUTORIZO a la publicación de fotografías/imágenes o vídeo(s) de mi hija por LaAmistad en cualquier medio de comunicación, conocido o creado en el futuro para cualquier propósito y modo, sin notificación, autorización o compensación previa personal o para mi hija. Entiendo y acepto que LaAmistad puede hacer uso de dicho material fotográfico y de imágenes a su entera discreción y que no poseo ningún derecho a revisar o aprobar el uso de dicho material de fotografía/imagen o videograbación en cualquier medio de comunicación. LaAmistad puede transferir todos los derechos parciales o totales transmitidos de acuerdo a dicha Publicación de Fotografías e imágenes. Desisto, eximo, libero y renuncio de cualquier responsabilidad (y del derecho a recurrir a una demanda) que yo o mi hija (y nuestros sucesores, herederos y cesionarios) podamos recurrir contra LaAmistad por cualquier obligación legal o responsabilidad total o parcial relacionada con la fotografía/imagen o video grabación, o con el uso del mismo en cualquier formato mediático que LaAmistad haga oportuna.

Copyright ©2013, LaAmistad, Inc.

All rights reserved. No part of this publication, document or manual may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission in writing from LaAmistad, Inc.



Cláusula de Exención de Responsabilidad

En virtud de que se permita la inscripción y participación de mi hija en los programas y actividades de LaAmistad y de otras causas contractuales lícitas y de valor cierto, cuyo recibo y suficiencia se dan por legalmente aceptados en el susodicho documento, y por la presente quedo conforme intencionalmente y con conocimiento y deliberación y de forma libre, voluntaria y sin coacción alguna y de acuerdo a los términos siguientes con esta autorización:

Por la presente y en representación personal y de mi hijo/a (y de nuestros sucesores, herederos y cesionarios), me comprometo PARA SIEMPRE a eximir, liberar, indemnizar, salvaguardar, defender, exonerar y garantizar la negativa a interponer una demanda contra LaAmistad, sus socios, delegados, directores, empleados, voluntarios, representantes, sucesores, y cesionarios con respecto a cualquier responsabilidad, demanda o exigencia total o parcial, 2de cualquier tipo o naturaleza ya sea en derecho, en equidad o de cualquier otra índole que puedan plantearse en un futuro a raíz de la participación de mi hijo/a de una forma directa o indirectamente.

RECONOZCO Y ACEPTO EXPLÍCITAMENTE que este COMUNICADO exime PARA SIEMPRE a LaAmistad, sus socios, delegados, directores, empleados, voluntarios, representantes, sucesores, y cesionarios de cualquier responsabilidad y demanda total y parcial que mi hijo o yo tengamos contra LaAmistad, sus socios, delegados, directores, empleados, voluntarios, representantes, sucesores, y cesionarios con respecto a cualquier daño por lesiones corporales o personales, enfermedad, muerte, daños o pérdida de propiedad o que puedan resultar de dichas Actividades y en todos los casos en la mayor medida posible de acuerdo a la ley vigente.

Me comprometo a aceptar que dicha Organización no asume ni asumirá cualquier responsabilidad u obligación de ofrecer ayuda financiera alguna u otra asistencia al Participante incluyendo pero sin limitarse a un seguro médico, de salud, o de invalidez en el caso de una demanda por lesiones, enfermedad o por cualquier otra causa o pérdida.

Firma del Estudiante/Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre _____

Dirección completa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

Nombre _____

Tu asistencia y participación es indispensable para el éxito del programa Estrellitas. Te pedimos el favor que no faltar a no ser que tengas un compromiso con tu doctor, dentista, u otro compromiso de importancia que haya sido comunicado con antelación; o por causa de una emergencia, la cual deberá ser informada lo antes posible al personal de LaAmistad.

Gracias!

Copyright ©2013, LaAmistad, Inc.

All rights reserved. No part of this publication, document or manual may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission in writing from LaAmistad, Inc.



Por favor entregue este formulario via e-mail o en persona a LaAmistad, Inc. 3434 Roswell Road Atlanta GA 30324, por fax: 404-842-5858 or email: ajones@laamistadfriendship.org. ¡Gracias!

Copyright ©2013, LaAmistad, Inc.

All rights reserved. No part of this publication, document or manual may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission in writing from LaAmistad, Inc.



Esta parte de la aplicación debe ser completada por la estudiante que desea participar en el programa Estrellitas de LaAmistad.

Nombre _____ Grado _____

En el siguiente espacio por favor explica en una redacción (de una página como mínimo) la razón por la cual quieres participar en el programa de Estrellitas.

Copyright ©2013, LaAmistad, Inc.

All rights reserved. No part of this publication, document or manual may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission in writing from LaAmistad, Inc.



A continuación escribe una lista o párrafo acerca de los temas escolares y/o personales que te interesen o de los cuales quieras aprender. Se cuan más detallada puedas para que podamos hacer una planificación adecuada en el programa.

Copyright ©2013, LaAmistad, Inc.

All rights reserved. No part of this publication, document or manual may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission in writing from LaAmistad, Inc.