



Nombre del estudiante (nombre y apellido): *Por favor, letra de molde*«First\_name»«Last\_name»

El propósito de este formulario es informarle de ciertos riesgos y responsabilidades que asumirá como participante de Valley Scholars.

### I. INSTRUCCIONES ADMINISTRATIVAS E INFORMACIÓN

a. El programa Valley Scholars le brinda información sobre la fecha, la hora y el lugar del(de los) evento(s) durante la reunión de orientación realizada el 28 de junio de 2017. El transporte hacia y desde la Universidad James Madison será responsabilidad del Condado de Augusta, la Ciudad de Harrisonburg, el Condado de Page, el Condado de Rockingham, el Condado de Shenandoah, la Ciudad de Staunton y las Escuelas Públicas de la Ciudad de Waynesboro.

### II. SEGURO MÉDICO, INFORMACIÓN DE EMERGENCIAS Y AUTORIZACIÓN

- a. Los estudiantes (padre o tutor legal) son responsables de proporcionar su propio seguro médico.  
b. Se debe contactar a la siguiente persona en caso de una emergencia:

Nombre: «Emergency Contact» Relación: «Relationship to student»

Teléfono:«Phone number»

Dirección:«PG1 Address» Ciudad«City», Estado«State3» Código Postal«Zip»

c. En caso de lesionarse o enfermarse mientras participa en la actividad, autoriza al personal de VS para actuar en su nombre para recibir tratamiento médico. Por favor, tenga en cuenta que usted es totalmente responsable de todos los gastos que incurran por cualquier atención médica que reciba durante el programa.

### III. LIBERACIÓN Y RENUNCIA

La Universidad James Madison no asume ninguna responsabilidad u obligación por cualquier lesión a su persona o propiedad causada por actos u omisiones de otros durante la transportación.

**Al firmar este formulario, usted reconoce que ha sido informado sobre ciertos riesgos y responsabilidades involucradas en este programa y que los está asumiendo consciente y voluntariamente.**

Al firmar este formulario, también acepta, para usted, sus herederos y cesionarios, liberar y eximir de responsabilidad a la Universidad James Madison, a sus empleados y agentes, de cualquier reclamo legal o responsabilidad por cualquier lesión corporal y daño a la propiedad que le haya causado el acto negligente u omisión de terceros mientras participa en el programa.

Mientras participo en Valley Scholars, aceptaré la responsabilidad de mantener una buena conducta y apariencia, y seguiré las instrucciones en todo momento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante**

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

Si el estudiante es menor de 18 de años de edad, un padre o tutor legal también debe firmar.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o Tutor Legal**

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



UNIVERSIDAD JAMES MADISON  
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO  
MÉDICO Y DE EMERGENCIA PARA UN MENOR

Yo, \* \_\_\_\_\_, autorizo por este medio a los Servicios del Centro de  
Salud de la Universidad James Madison (Padre o Tutor Legal: Nombre y Apellido)  
Para prestar tratamiento médico, que a su juicio puede ser necesario en el caso de

\*«First name»«Last name» \_\_\_\_\_  
(Nombre del menor o dependiente: Nombre y Apellido)

Por favor liste cualquier:

- Alergias del Estudiante: \_\_\_\_\_
- Historial Médico (i.e. Diabetes, Asma, Ataque Epiléptico, etc.):  
\_\_\_\_\_
- Liste cualquier Medicamento que el estudiante esté tomando actualmente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fecha de la última Vacuna de Tétanos: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor del  
Estudiante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Doctor incluyendo el código de área:

Nombre del Padre o Tutor: «PG1 First name»«PG1 Last name»\*

Número de Teléfono de Casa: «PG1 Primary phone»

Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ \*

Dirección: «PG1 Address» \_\_\_\_\_ Ciudad «City»,

Estado «State1» Código Postal «Zip1»

Persona a quien llamar en caso de una emergencia, y el número de teléfono, si es diferente al anterior.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de

teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información del  
Seguro Médico**

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_

No. de Póliza \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_

Dirección postal para reclamos:  
\_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor:  
\_\_\_\_\_

Dirección y Número de Teléfono de Casa del Suscriptor:

---

Dirección y Número de Teléfono de la Oficina:

---