

# ACTIVIDADES QUE INVOLUCRAN A MENORES DE EDAD

Por favor, lea de manera detenida, ya que este es un acuerdo vinculante.

## Autorización de uso de fotos y medios

**Sí, yo (Nombre)** \_\_\_\_\_, el/la representante legal de \_\_\_\_\_, el/la Participante, mediante la presente otorgo a la Universidad de Georgia y al Consejo Directivo del Sistema Universitario de Georgia, el derecho y permiso para usar, reproducir, editar, exhibir, proyectar, mostrar, registrar derechos de autor y/o publicar imágenes, semejanzas y voz mías o de mi hijo en las que yo o mi hijo podamos aparecer en totalidad o en parte —desarrolladas durante la participación en el Programa/Actividad y posteriormente—, así como circular las mismas en todas las formas y medios para cualquier propósito lícito. Mi consentimiento incluye, entre otros, imágenes, semejanzas y grabaciones que pueden considerarse registros educativos en virtud de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (“FERPA”) de 1974.

Entiendo y acepto que mi imagen o la de mi hijo se convertirá en parte del archivo de fotografías de la Universidad de Georgia, y que se puede distribuir a otras organizaciones o individuos, sin más permiso de mí, para su uso en cualquier publicación, medio o tecnología —conocidos ahora o desarrollados en el futuro— para cualquier propósito lícito. También entiendo que no recibiré ninguna compensación en relación con el uso de mi imagen o la de mi hijo.

Por el presente renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar mi imagen o la de mi hijo o cualquier material terminado que incorpore la imagen. Además, libero, exonero y acepto eximir a la Universidad de Georgia y al Consejo Directivo del Sistema Universitario de Georgia, sus licenciatarios, sucesores, representantes legales y cesionarios de cualquier responsabilidad por la violación de cualquier derecho personal o de propiedad que yo pueda tener en relación con dichas fotografías o imágenes y con el uso de las mismas. Además, reconozco y acepto que la Universidad de Georgia y el Consejo Directivo del Sistema Universitario de Georgia y sus miembros, funcionarios, agentes y empleados no serán responsables si cualquier tercero accede a cualquiera de dichas imágenes, semejanzas o grabaciones a través de Internet o cualquier otro medio.

**No doy** autorización para que la imagen, semejanza, o voz, mía o de mi hijo sean utilizadas de ninguna manera, al menos que sea necesario para la administración del programa en el cual está participando mi hijo.

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# ACUERDO DE INSCRIPCIÓN 2024

## Liberación, exoneración de responsabilidad y pacto de no demandar

Yo (Nombre) \_\_\_\_\_, el/la representante legal de/de la Participante, (Nombre) \_\_\_\_\_, para la única consideración, la cual mediante la presente queda suficientemente satisfecha, del derecho a participar en el evento o programa descrito como Summer Academy at UGA (el Programa), doy por acordado lo siguiente con relación al Programa. Autorizo total y voluntariamente la participación de mi(s) hijo(s) en la academia Summer Academy at UGA (SAUGA). Por el presente, confirmo que soy consciente de que la participación en las actividades de SAUGA puede exponer a mi(s) hijo(s) al riesgo de daños a la propiedad, y lesiones corporales o personales, incluida la muerte. Las actividades incluirán ciertas actividades físicas como caminar, nadar, correr, escalar, cruzar calles e intersecciones, pernoctar en residencias dentro del campus, etc. Entiendo que los riesgos que mi(s) hijo(s) pueden enfrentar incluyen, entre otros, accidentes de transporte; lesión por caídas; ahogamiento; inclemencias del tiempo; lesiones por mordeduras de animales o insectos; cortes; quemaduras; descarga eléctrica; raspones; heridas punzantes; fracturas de huesos; distensiones y esguinces musculares; la exposición a enfermedades contagiosas que pueden causar la muerte, así como otros riesgos que pueden no ser previsibles. Consciente y libremente asumo todos y cada uno de esos riesgos

A cambio de poder participar en SAUGA, por el presente libero y exonero para siempre y acepto indemnizar a la Universidad de Georgia, el Consejo Directivo del Sistema Universitario de Georgia, sus miembros individualmente y sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier reclamo, demanda, derecho, gasto, acción y causas de acción, de cualquier tipo, derivados de o por motivo de cualquier lesión personal, lesión corporal, daño a la propiedad, o las consecuencias de los mismos, sean previsibles o no, derivados de o de cualquier manera relacionados con mi participación en el Programa. Además, pacto y acepto que, por la contraprestación indicada anteriormente, eximiré de responsabilidad para siempre y no emprenderé acciones legales contra la Universidad de Georgia, el Consejo Directivo del Sistema Universitario de Georgia, sus miembros individualmente y sus funcionarios, agentes y empleados por cualquier reclamo por daños derivados o que surjan de mi participación en esta actividad, ya sea por negligencia o de otra manera.

Entiendo que la aceptación de esta Liberación, exoneración de responsabilidad y pacto de no demandar no constituirá una renuncia, total o parcial, a la inmunidad soberana por parte de dicho Consejo, sus miembros, funcionarios, agentes y empleados.

Entiendo que, como organismo estatal, la Universidad de Georgia está exenta de licencias del Departamento de Cuidado y Aprendizaje de la Primera Infancia de Georgia para programas de menores de edad.

Certifico que comprendo y he leído detenidamente lo anterior antes de firmar. Confirmo y declaro que libre y voluntariamente firmo este Acuerdo, y que es mi intención expresa que este Acuerdo vinculará contractualmente a mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, y a los herederos, albaceas, administradores y cesionarios de mi hijo, así como como a mí y a mi hijo.

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# FORMA DE INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del Programa/Actividad: \_\_\_\_\_

## I. Información Básica del Niño (por favor escriba en letra de molde)

Nombre del Niño: : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre/Representante: \_\_\_\_\_

Número Telefónico de Padre/Madre/Representante: \_\_\_\_\_

## II. Información del Contacto de Emergencia

Persona que deba ser notificada en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Número(s) telefónico(s): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros/Aseguradora: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza (padre/madre/representante): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del titular (padre/  
madre/representante): \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

*(Nota: La institución no ofrece ningún tipo de seguro de salud, responsabilidad civil o de otro tipo a los participantes.)*

### III. Información Médica

Por favor, liste los problemas o las condiciones médicas de su hijo de las que debamos estar al tanto (Por ej. lesiones pasadas, condiciones presentes, limitaciones físicas, etc.)

---

Liste cualquier alergia que tenga su hijo (Por ej. medicamentos, picaduras, comidas, yodo, látex, etc.)

---

Liste todos los medicamentos que su hijo actualmente toma, su propósito, la dosis, y las horas a las cuales debe ser administrado:

---

¿Su hijo requiere algún tipo de acomodación para participar de manera Segura en el programa o actividad? En caso afirmativo, por favor explique. \_\_\_\_\_

---

¿Su hijo requiere algún tipo de asistencia con sus medicamentos? En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

Fecha en la cual se administró la más reciente inyección contra el tétano: \_\_\_\_\_

Autorizo que fotos de mi hijo recibiendo atención médica en el Centro de Salud Universitario sean usadas con fines médicos únicamente.

NO autorizo que fotos de mi hijo recibiendo atención médica en el Centro de Salud Universitario sean usadas con fines médicos únicamente

### IV. Autorización para Recibir Cuidados Médicos

Al marcar esta casilla entiendo que mi hijo está participando de manera voluntaria en una actividad o programa de la Universidad de Georgia. Mediante la presente reconozco que toda la información proporcionada es cierta y está actualizada, que cualquier tipo de restricción, alergias o medicamentos requeridos se encuentran identificados en la presente forma, y que, de mi conocimiento, mi hijo puede participar en el programa o actividad de manera segura. Reconozco que el no hacer del conocimiento del programa o sus representantes información relevante pudiera resultar en un daño o lesiones a mi hijo y/o a otros durante esta actividad. Acuerdo notificar al programa/actividad acerca de cualquier cambio en las condiciones mentales, físicas o médicas de mi hijo antes del comienzo del programa o la actividad.

Al marcar esta casilla, entiendo que la Universidad de Georgia NO proporciona seguro/aseguranza médica para mi hijo y que debo consultar con el médico de mi hijo antes de permitir la participación de mi hijo en este programa/actividad. En caso de un accidente o enfermedad, mediante la presente autorizo al personal del programa/actividad a obtener y proporcionar tratamiento médico para mi hijo, según sea su criterio, incluyendo asistencia de primeros auxilios o tratamiento médico de emergencia. Exonero y acepto indemnizar a la Universidad de Georgia, el Consejo Directivo del Sistema Universitario de Georgia, sus miembros individualmente y sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier reclamo que derive de dicho tratamiento médico. Entiendo que seré responsable de cualquier gasto hospitalario u otro costo que derive de cualquier daño corporal o a la propiedad durante la participación voluntaria de mi hijo en este programa o actividad.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Representante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_