

Por favor, complete la solicitud y el contrato y envíelo junto con su pago de \$ 400.00 a la dirección en la página 10. Haga los cheques a nombre de MSU Denver.

Se aplicará un cargo de \$ 40 por cualquier cheque que se devuelva debido a fondos insuficientes.

Instituto de Ciencias de Verano 2024 Sesiones

Indique la primera opción con "1", la segunda opción con "2"
(Su sesión se elegirá según disponibilidad. Puede que no siempre obtenga su primera opción).

Sesión I: 3 de junio - 14 de junio

Sesión matinal
8:30–11:30 Almuerzo 11:30–12:00
Preferencia: _____

Sesión II: 3 de junio - 14 de junio

Sesión de la tarde
Almuerzo 12:30-1:00 1:00–4:00
Preferencia: _____

Sesión III: 17 de junio - 28 de junio

Sesión matinal
8:30–11:30 Almuerzo 11:30–12:00
Preferencia: _____

Sesión IV: 17 de junio - 28 de junio

Sesión de la tarde
Almuerzo 12:30-1:00 1:00–4:00
Preferencia: _____

POSTULACIÓN Y CONTRATO DE ACUERDO

Guías de comportamiento

Se deben seguir las guías de comportamiento estudiantil para que el Summer Science Institute sea gratificante y exitoso. Este contrato explica qué se espera del estudiante durante el programa de dos semanas.

- a. Por razones de seguridad, se espera que los estudiantes sigan las instrucciones de los instructores y de los consejeros del campamento.
- b. Auraria campus es un campus abierto. Los estudiantes tienen que permanecer en todo momento en el salón de clases o en el área designada con otros estudiantes y con los consejeros.
- c. Los estudiantes serán responsables de trabajar con otros de forma cuidadosa, segura y cooperativa. Adicionalmente, los estudiantes le informarán inmediatamente cualquier preocupación al director/personal/consejeros del campamento.
- d. Por favor, no traiga dinero. Se le proporcionará el almuerzo y las meriendas.
- e. Los estudiantes que traigan cosas valiosas (como joyas y teléfonos celulares) lo hacen bajo su propio riesgo. Si el estudiante trae un teléfono celular, se espera que tenga su teléfono en modo vibración mientras esté en el programa.
- f. Los estudiantes serán considerados con los profesores, instructores, con las instalaciones y con los otros estudiantes. **El comportamiento disruptivo, desconsiderado y de acoso (incluyendo acciones y/o palabras) no estará permitido y se le pedirá al estudiante que se retire del campamento si tiene este comportamiento.**
- g. **Utilice una mascarilla en todo momento mientras esté en el campus y en presencia de otros.** Siga todos los protocolos obligatorios de seguridad (página 3). No seguir los protocolos de salud resultará en que se le pida al participante que se retire del campamento.

Procesos disciplinarios

Si el estudiante no tiene un comportamiento acorde a las guías, este será retirado de la clase y se hablará con él sobre su comportamiento. Se le hará saber a los padres sobre la situación. Si el comportamiento del estudiante no mejora, se le pedirá al estudiante que se retire del programa.

Su firma es su reconocimiento de que entiende las reglas y que está dispuesto a cumplir las guías de comportamiento.

Nombre del estudiante _____

Firma del estudiante _____

Firma del padre/tutor _____

Información del estudiante

Nombre del estudiante: _____

Género: Femenino Masculino Preferir no responder

Fecha de nacimiento: _____

Por favor, **marque** una de las siguientes:

Afroamericano Indígena americano Nativo de Alaska

Asiático Caucásico Hispano Multi-racial

Preferir no responder

Otra: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Califica para almuerzos gratuitos o a precio reducido?

Sí No Preferir no respond

Información de contacto de emergencia

Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Correo electrónico del padre: _____

Número primario: (c) (h) (w) _____

Número secundario: (c) (h) (w) _____

Número de teléfono del estudiante: _____

Persona que se debe contactar si los padres no pueden ser contactados

Nombre: _____ Relación: _____

Número primario: (c) (h) (w) _____

Persona(s) a la(s) cual(es) puede ser entregado el estudiante que no es el padre/tutor mencionado:

1) _____ (2) _____

Declaración de salud del estudiante

A. ¿Tiene alergias conocidas de las que deberíamos saber?

De ser así, explique: _____

B. ¿El estudiante está tomando un medicamento o está bajo supervisión médica actualmente?

De ser así, explique: _____

C. ¿El estudiante está en una dieta especial?

De ser así, explique: _____

D. ¿Tiene necesidades especiales de las que deberíamos saber y que no están cubiertas por este formulario?

De ser así, explique con detalles:

Exención de responsabilidad en accidentes

Entiendo que como participante voluntario individual (de ahora en adelante, “el participante”) del **Summer Science Institute Program** de Center for Advanced STEM Education (CASE) (de ahora en adelante, “el programa”) estoy de acuerdo con asumir todos los riesgos de lesiones o pérdidas personales, lesiones corporales que incluyen la muerte y daños, pérdida o destrucción de cualquier propiedad personal que pase en relación con mi participación en el programa.

Al firmar reconozco que hay ciertos riesgos inherentes a la participación en el programa, lo que acepto y asumo de forma voluntaria. También estoy de acuerdo con eximir de responsabilidad y liberar para siempre a CASE y a los directores de Metropolitan State University of Denver, sus oficiales, agentes, administradores, empleados y estudiantes de cualquier reclamo, demanda, costos y gastos, incluyendo honorarios legales, que se relacionen a lesiones corporales que yo tenga o cualquier responsabilidad relacionada a dicha lesión o pérdida.

Estoy de acuerdo con adquirir, leer y cumplir con todas las regulaciones de conducta que tenga que seguir como participante del programa.

Aviso: Este es un documento importante: Por favor, lea cuidadosamente antes de firmar y consulte a un consejero legal si tiene dudas con respecto al significado/implicaciones de este documento.

Nombre del estudiante:

Firma del estudiante:

Firma del padre/tutor:

Consentimiento para tratamiento de un menor de edad

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)		Fecha de hoy
		MES DÍA AÑO
		Fecha de nacimiento
		MES DÍA AÑO
2. INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL		
Nombre del padre, madre o tutor legal		Parentesco con el paciente
Dirección actual (número, calle y número de apartamento u oficina)		
Ciudad, estado y código postal		
Teléfono residencial (obligatorio)		Teléfono secundario (obligatorio)
Nombre del contacto secundario de emergencia	Parentesco con el paciente	Número de teléfono

Al firmar a continuación, acepto que, en mi carácter de padre, madre o tutor legal del paciente identificado anteriormente, doy mi consentimiento para que dicho menor de edad reciba tratamiento médico y quirúrgico de emergencia y de rutina en la Clínica de Salud de Auraria si su estado de salud lo requiere, según lo estime necesario, un proveedor de atención médica en la Clínica de Salud de Auraria. Entiendo que, en caso de emergencia, primero se harán todos los intentos razonables de ponerse en contacto conmigo, siempre que el tiempo y las condiciones lo permitan. Siempre y cuando el tratamiento médico o quirúrgico que se considere necesario en la situación se ajuste a los estándares de medicina generalmente aceptados para ese tipo particular de lesión o enfermedad, no establezco ninguna limitación ni prohibición específica con respecto al tratamiento, excepto por las siguientes (en caso de no establecer limitaciones o prohibiciones, indicarlo):

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que el menor mencionado anteriormente cumpla los 18 años de edad.

Firma del padre, madre o tutor legal	Fecha
	MES DÍA AÑO
Testigo	Fecha
	MES DÍA AÑO

METROPOLITAN STATE UNIVERSITY OF DENVER
Liberación de fotografía/imagen para Center for Advanced STEM Education

Doy mi permiso para que Metropolitan State University of Denver, Center for Advanced STEM Education use mi fotografía/imagen en cualquier publicación oficial de la universidad, incluyendo, pero no limitándose a, producciones multimedia como la televisión, video, el sitio web de MSU Denver, etc. y libero todos los derechos a la fotografía/imagen mencionada anteriormente. También entiendo que no obtendré una compensación monetaria por mi tiempo o por el uso de mi imagen.

Summer Science Institute 2025	Verano de 2025
Proyecto/Evento	Fecha

Consejeros del campamento/instructores/personal	Campus de MSU Denver
Fotógrafo	Locación

Nombre del estudiante

Firma del padre o tutor	Fecha
--------------------------------	--------------

Liberación de la información de correo electrónico
METROPOLITAN STATE UNIVERSITY OF DENVER
Center for Advanced STEM Education

Doy mi permiso para que Metropolitan State University of Denver, Center for Advanced STEM Education me contacte por correo electrónico con una encuesta corta sobre el interés de mi hijo en STEM después de asistir a Summer Science Institute.

Summer Science Institute

Proyecto/Evento 2025

Nombre del estudiante

Firma del padre o tutor

Fecha

Por favor, ponga sus iniciales en todas las que aplique y firme

Nosotros, _____, hemos leído las reglas del contrato de acuerdo y estamos de acuerdo con cumplirlas mientras esté en el Summer Science Institute.

Yo, _____, he leído y estoy de acuerdo con la porción de este contrato de “exención de responsabilidad en accidentes/seguro médico”.

Este documento ha sido firmado voluntariamente y con completo entendimiento por:

Nombre del estudiante:

Firma del estudiante:

Firma del padre/tutor:

Devuelva su solicitud y pago a Lori Taylor
Solicitud/cheque por correo: *P.O. Box 173362, CB 24 Denver, CO 80217-3362*
Solicitud de correo electrónico: *SSI@msudenver.edu*

Entregar