

PROGRAMA DE VERANO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO ROCHESTER (RIT)
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD RELATIVO A UN(A)
HIJO(A) MENOR DE EDAD (página 1 de 2)

Como padre/madre y/o tutor legal de _____ (el "Participante"), doy permiso para que el Participante participe en _____ (la "Actividad") en el Rochester Institute of Technology ("RIT"). Como condición previa para que el Participante participe en la Actividad, he leído el siguiente Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad (el "Acuerdo") y acepto sus términos.

1. **Asunción de riesgo.** Entiendo que la participación en la Actividad conlleva riesgos inherentes, incluyendo, pero no limitados a, los riesgos descritos en el Formulario Detallado de la Actividad en el reverso de este Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad. Reconozco que parte de la Actividad puede ser proporcionada por entidades externas independientes, como empresas de transporte, operadores de parques, proveedores de entretenimiento familiar ("Proveedores"). Estos Proveedores no son agentes de RIT ni están representados por RIT, y RIT no es responsable de los actos u omisiones negligentes o de otro tipo de estos Proveedores externos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas relativas a este Formulario detallado de actividad y todas ellas han sido respondidas a mi satisfacción. Habiendo leído este formulario, tanto el Participante como yo somos plenamente conscientes de los riesgos y peligros asociados a la Actividad y, por la presente, damos nuestro consentimiento para que el Participante participe en la Actividad. Asumo voluntariamente plena responsabilidad por cualquier riesgo de pérdida, daño a la propiedad o lesión personal, incluyendo la muerte, que yo y/o el Participante suframos como consecuencia de la participación del Participante en la Actividad, a menos que sea causada por negligencia grave o mala conducta intencional de RIT, sus funcionarios, fideicomisarios, agentes, empleados o voluntarios (los "Exonerados de responsabilidad").
2. **Exoneración de responsabilidad.** En consideración a que el RIT permite al Participante participar en la Actividad, el Participante y yo acordamos no demandar a los Exonerados y liberar a los Exonerados de toda responsabilidad, reclamo, demanda, acción, causa de acción, costos y gastos ("Reclamos") de cualquier naturaleza que yo y/o el Participante podamos tener como consecuencia de cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que pueda sufrir yo y/o el Participante o cualquier bien de mi propiedad o del Participante, derivado de la Actividad o mientras se encuentre en las instalaciones donde se realiza la Actividad, independientemente de cómo puedan surgir tales Reclamos e independientemente de quién tenga la culpa, incluso si son causados por negligencia o culpa de los Exonerados, exceptuando aquellos Reclamos que surjan de la negligencia grave o mala conducta intencional de los Exonerados.
3. **Indemnización.** Acepto, en la máxima medida permitida por la ley, indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a los Exonerados de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo, incluidas las costas judiciales y los honorarios de abogados, en que puedan incurrir los Exonerados como consecuencia de la participación del Participante en la Actividad, a excepción de las reclamaciones derivadas de negligencia grave o mala conducta intencional de los Exonerados.
4. **Garantía de aptitud física.** Tanto el Participante como yo garantizamos que el Participante está físicamente apto y en condiciones que le permitirán participar plenamente en la Actividad. Entendemos que los Exonerados no han realizado, ni realizarán, ninguna investigación sobre la aptitud física del Participante o su capacidad para participar en la Actividad, y que los Exonerados se basan en mi garantía con respecto a la condición física del Participante. Mantengo un seguro médico que cubre al Participante por accidentes y enfermedades mientras participa en esta Actividad. Asumo toda la responsabilidad del pago de los gastos médicos no cubiertos por este seguro incurridos como consecuencia de la participación del Participante en la Actividad.
5. **Tratamiento médico de urgencia.** Otorgo a los Exonerados permiso para autorizar tratamiento médico de emergencia para el Participante, según lo consideren apropiado, y acepto que dicha acción por parte de los Exonerados estará sujeta a los términos de este Acuerdo. Entiendo y acepto que los Exonerados no asumen ninguna responsabilidad por cualquier lesión o daño que pueda surgir de o en relación con dicho tratamiento médico de emergencia autorizado.
6. **Expectativas de comportamiento.** El Participante y yo entendemos que la participación en la Actividad requiere el cumplimiento de las expectativas de comportamiento y las normas de la Actividad. Estas expectativas y normas se comunicarán al Participante durante la Actividad y están sujetas a cambios. El incumplimiento de estas expectativas y normas dará lugar a la expulsión de la Actividad. Cualquier expulsión de la Actividad como resultado de mi incumplimiento o del incumplimiento por parte del Participante de las expectativas de comportamiento no me dará derecho, ni al Participante ni a mí, a ningún reembolso, total o parcial.
7. **Liberación de talentos.** Concedo a RIT el derecho absoluto e irrevocable y la autorización sin restricciones para utilizar, reproducir, emitir, retransmitir, publicar, presentar y exhibir el nombre, la imagen, los rasgos, la voz, la identidad, el parecido, las citas o las fotografías del Participante mientras participe en la Actividad. Acepto que ni yo ni

PROGRAMA DE VERANO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO ROCHESTER (RIT)
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD RELATIVO A UN(A)
HIJO(A) MENOR DE EDAD (página 2 de 2)

el Participante tenemos derecho a compensación alguna por el uso del nombre, imagen, rasgos, voz, identidad, parecido, citas o fotografías del Participante, ya se utilicen con fines ilustrativos, promocionales, artísticos, editoriales, publicitarios, comerciales o de cualquier otro tipo.

Es mi intención expresa que el presente Acuerdo me vincule a mí, al Participante, a los miembros de mi familia y a mi cónyuge (si lo hubiere), a mi patrimonio, herederos, administradores, cesionarios o representantes personales. Acepto que este Acuerdo y cualquier reclamación derivada de la participación en la Actividad se interpretarán de conformidad con las leyes del Estado de Nueva York, sin tener en cuenta su disposición sobre conflicto de leyes. Los tribunales del Condado de Monroe serán el foro para cualquier litigio derivado de la Actividad o relacionado con el presente Acuerdo. Las cláusulas del presente Acuerdo serán separables, de tal forma que, si un tribunal competente considera que alguna de ellas es ilegal o inaplicable, la validez de las restantes no se verá afectada por este hecho.

Al firmar este Acuerdo, reconozco que he leído ambas páginas de este Formulario de Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad, lo entiendo y acepto la obligación con respecto a sus términos. Asimismo, reconozco que soy el padre, la madre o el tutor legal del Participante y que firmo este Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad voluntariamente.

Nombre del padre, madre o tutor
(en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Nombre del participante (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

EL PRESENTE DOCUMENTO ES UNA RENUNCIA A LOS DERECHOS LEGALES Y UN RECONOCIMIENTO Y ASUNCIÓN DE RIESGO. LEER Y COMPRENDER ANTES DE FIRMAR.

FORMULARIO DETALLADO DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Explore Your Future (Explora tu futuro, EYF)

Fecha(s) de la actividad: ☐ Sesión I: 12-17 de julio de 2025

☐ Sesión II: 19-24 de julio de 2025

Lugar de la actividad: Campus del RIT

Descripción de la actividad: He aquí una lista general de las actividades del programa EYF.

- bolos
- baile
- actividades generales de aprendizaje en laboratorios, talleres mecánicos y estudios de arte
- kickball
- película
- participar en un simulacro de incendio en el campus (simulacro de seguridad exigido por el estado de Nueva York)
- escalada en Central Rock Gym (CRG)
- montaña rusa y otras atracciones del parque de atracciones SeaBreeze
- caminata por el campus

Al participar en estas actividades, usted puede estar expuesto a varios riesgos inherentes, incluidos, entre otros, los que se indican a continuación:

Entiendo que la participación en esta actividad puede ser peligrosa e implicar muchos riesgos de lesión, incluyendo, pero no limitado a una lesión grave de huesos, articulaciones, ligamentos, órganos internos, así como el riesgo de muerte o discapacidad grave. Cualquiera de estas lesiones puede provocar una incapacidad permanente para participar en las actividades comerciales, sociales y recreativas de las que generalmente disfruto en la vida. Debido a los peligros que conlleva la participación en esta actividad, garantizo que conozco el uso del equipo de protección y las normas de la actividad, y me comprometo a respetar dicho uso o el equipo de protección y las normas. Soy plenamente consciente de los riesgos y peligros asociados a la actividad, y por la presente decido participar voluntariamente en esta actividad.

Expectativas y directrices para los participantes

Las siguientes expectativas y directrices tienen por objeto proporcionar una experiencia positiva y ayudar a garantizar que todos los participantes se traten entre sí, a sí mismos y al personal de RIT/NTID (Instituto Técnico Nacional para Sordos del Instituto Tecnológico de Rochester) con respeto y consideración. Además de cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales*, esperamos que los participantes cumplan con las directrices que se indican más abajo. Todo estudiante que muestre alguno de los comportamientos que se describen a continuación, podrá ser objeto de medidas disciplinarias.

Alcohol: El consumo o posesión de bebidas alcohólicas está prohibido en todas las residencias de RIT/NTID, independientemente de la edad o circunstancias del participante.

Asistencia: Los participantes del programa Explore Your Future (Explora tu futuro) del RIT/NTID deben asistir a todas las actividades del programa.

Conducción: Los participantes del programa Explore Your Future del RIT/NTID no pueden conducir un vehículo ni viajar en el vehículo de un participante durante los programas. Pedimos a los estudiantes que no traigan vehículo al campus. Si lo hacen, se les pedirá que dejen las llaves del vehículo con el coordinador del programa.

Drogas: RIT/NTID prohíbe explícitamente el uso, posesión, venta, fabricación o tráfico de drogas ilegales en las instalaciones de RIT/NTID. Se aplican las leyes federales, estatales y locales relativas al consumo de drogas.

Comportamiento peligroso: Se prohíbe toda conducta que amenace o ponga en peligro la salud y/o seguridad de una o más personas, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la salida de un edificio por la ventana o el lanzamiento de objetos por la ventana. La persistencia en el uso inapropiado de la fuerza y/o la infracción de estas normas conllevará la posible expulsión de los programas del RIT/NTID. Los padres/tutores se harán cargo de los gastos de regreso a casa de sus hijos.

Armas de fuego y otras armas: (incluyendo cuchillos, flechas, etc.) no están permitidas en el campus. La posesión de un arma o de cualquier objeto percibido como tal por el personal del programa, supondrá la suspensión automática y la expulsión del programa de verano.

Seguridad contra incendios: Está prohibido provocar un incendio, causar una falsa alarma de incendio o provocar una situación no razonable que cree un peligro para la seguridad contra incendios.

Llaves/ropa de cama/toallas: Todos los participantes reciben una llave de la habitación y algunos pueden alquilar ropa de cama/toallas. Los participantes son responsables de devolver todos los artículos al momento de realizar el registro de salida.

PUUEDE HABER UN COBRO DE HASTA \$150 EN CASO DE QUE NO SE DEVUELVA UNA LLAVE Y/O ROPA DE CAMA/TOALLAS AL MOMENTO DE REALIZAR EL REGISTRO DE SALIDA.

Salida del campus: Los estudiantes del programa Explore Your Future del RIT/NTID no pueden salir del campus durante el programa a menos que se haya acordado previamente entre el estudiante, los padres y el coordinador del programa.

Privacidad: Los participantes de programa Explore Your Future del RIT/NTID deben respetar la privacidad de los demás y no deben entrar en las habitaciones de otros estudiantes sin su permiso.

Horas de silencio: Las horas de silencio son las comprendidas entre las 11:00 p.m. y las 7:00 a.m. Se prohíben las conductas que perturben la paz de la comunidad.

Residencias de estudiantes: Los participantes del programa Explore Your Future del RIT/NTID deben estar en su propia habitación con la puerta cerrada a las 11:00pm. Los estudiantes no pueden salir de sus dormitorios entre las 11:00 p.m. y las 7:00 a.m. Todas las entradas a las residencias se cerrarán con llave por motivos de seguridad y no se entregarán llaves de minipuertas a los huéspedes. Deben cuidar de su habitación y no deben retirar muebles ni mosquiteras de la habitación. Si es sorprendido infringiendo estas directrices, el estudiante puede ser expulsado del programa.

Conducta sexual inapropiada: Todas las formas de conducta sexual inapropiada, incluyendo cualquier forma de contacto sexual no deseado, están expresamente prohibidas.

Política de fumar: De conformidad con la normativa de salud pública del condado de Monroe, está prohibido fumar en todas las residencias y áreas académicas del RIT.

Robo: Se prohíbe el intento o la posesión no autorizada de bienes del RIT/NTID o de otros bienes personales o públicos.

Vandalismo: Queda prohibida la tentativa o el daño real o la alteración de la propiedad de RIT/NTID o de otra propiedad personal o pública.

He leído las Expectativas y directrices para los participantes y me comprometo a cumplirlas. Entiendo que, si no cumplo estas directrices, se podrá contactar a mis padres o tutores o se me podrá expulsar del programa sin derecho a reembolso.

Firma del estudiante/participante: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

*El consumo de alcohol, drogas, cigarrillos o cigarrillos electrónicos está estrictamente prohibido a los menores de 21 años, independientemente de las leyes federales, estatales y locales.

Dispositivo móvil

Estimados padres/tutores:

RIT/NTID se esfuerza por garantizar que sus hijos tengan una experiencia inmersiva de alta calidad mientras están con nosotros en Advanced Tech Careers. Para ayudar a garantizar esto, los dispositivos móviles están prohibidos durante Advanced Tech Careers. Vemos muchos beneficios de "desconectar", entre ellos:

- Pérdida, robo o daño a los dispositivos minimizado.
- Ciberacoso, se evitan las publicaciones de videos inapropiadas.
- Alienta a los estudiantes a desarrollar/aumentar sus habilidades sociales, independencia, resiliencia y habilidades para resolver problemas, además de fomentar amistades

Revise nuestra política con su hijo(a). ¡Esperamos contar con su hijo(a) este verano!

Saludos cordiales,

Charles McFadden
Director

Política

Existe una política sobre teléfonos móviles/dispositivos electrónicos para todos los programas de extensión del RIT/NTID (Instituto Técnico Nacional para Sordos del Instituto Tecnológico de Rochester).

Como entendemos que los estudiantes necesitan mantener sus dispositivos móviles para ir y volver del programa (especialmente aquellos que viajan en avión, autobús o tren sin un padre/tutor), recogeremos el dispositivo móvil de los estudiantes durante el primer día de este programa, al momento de registrarse, y devolveremos sus dispositivos el último día del programa. Si un estudiante necesita utilizar Internet, el teléfono o un videoteléfono para llamar a casa o comprobar el estado de sus preparativos de viaje, nos encargaremos de ello.

Sin embargo, durante la duración del programa, no se permite a los estudiantes poseer un teléfono móvil/celular o cualquier otro dispositivo electrónico por ningún motivo en el campus. A cualquier estudiante que infrinja esta política se le retirará su teléfono móvil/celular hasta el último día del programa.

NOTA: Si se retira un teléfono móvil/celular, nos pondremos en contacto con los padres/tutores para comunicarles la situación y, a continuación, lo guardaremos bajo llave para su custodia hasta el final del programa.

Si se confisca un dispositivo que no sea un teléfono móvil/celular (como un iPad, una tableta y similares), se enviará de vuelta, con seguro, al domicilio del alumno con cargo a la familia.

Si tiene alguna duda, puede ponerse en contacto con nosotros en NTIDOutreach@rit.edu o llamándonos al (585) 475-6700. Al firmar este documento, usted acepta cumplir la política sobre teléfonos móviles/celulares de este programa.

Participante

Fecha

Padre/madre/tutor, si es menor de 18 años

Fecha

Formulario de ayuda financiera (página 1 of 2)

Nombre: _____

Tarifa del programa: La tarifa para el programa de seis días es de \$850 e incluye todos los gastos.

Opciones de pago: El pago de este programa se efectuará mediante (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Estoy interesado(a) en una beca. (Complete los datos que se indican a continuación).
- ☐ Buscaré apoyo privado o de organismos públicos. (Complete la información que se indica al final de la página).
- ☐ Solicitaré ayuda económica a Vocational Rehabilitation (Rehabilitación Vocacional, VR por sus siglas en inglés). (Por favor, complete la información en la página siguiente).

Información sobre la beca (debe presentarse antes del 30 de junio de 2025)

1. El número de becas disponibles es limitado, por lo que le rogamos que presente su solicitud lo antes posible. Todos los estudiantes que deseen ser considerados para una beca deben presentar una copia del formulario de impuestos 2024 de sus padres o tutores. El formulario de impuestos es obligatorio antes de que se pueda considerar o conceder cualquier ayuda para becas.
2. Si aún no ha presentado su expediente académico de educación secundaria más reciente (en el que consten las calificaciones obtenidas desde el 9º grado) y su audiograma sin audífonos, adjunte uno a esta solicitud de beca.
3. Indique brevemente por qué solicita una beca y cuál es el monto de la ayuda financiera que necesitará. Puede continuar en una segunda hoja si necesita más espacio para escribir. (Escriba claramente).

☐ ¿Cuánto podría usted o su familia contribuir al costo de la participación en el programa? _____

☐ ¿Necesita ayuda económica para el transporte? _____

Ayuda de un organismo privado o público Importe a pagar \$ _____

☐ Escuela ☐ Grupos cívicos comunitarios (por ejemplo, el Club de Leones, etc.) ☐ Otro _____

(Si pagan varios organismos, facilite información de contacto adicional en un papel aparte).

Nombre de la organización de apoyo, agencia, organización benéfica o grupo fraternal: _____

Nombre de la persona de contacto: _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ ☐ Voz ☐ VP

Dirección de correo electrónico _____ Fax: (_____) _____

Formulario de ayuda financiera (página 2 of 2)

Firma autorizada: _____ Fecha: _____

Rehabilitación Vocacional

Su oficina local de Rehabilitación Vocacional (VR) puede proporcionarle una serie de recursos estatales relacionados con las opciones de empleo para las personas con discapacidad. Algunos estados financian programas como los NTID Outreach Programs (Programas de divulgación del Instituto Técnico Nacional para Sordos) y otros servicios para estudiantes sordos o con dificultades auditivas que se inician en la búsqueda de empleo. Si aún no lo ha hecho, ahora es el momento de ponerse en contacto con su oficina local de VR. Para obtener una lista de las oficinas de VR en EE. UU., visite: rit.edu/ntid/tuition/state-by-state-vr

Solicite a uno de sus padres o tutor que firme aquí si usted está recibiendo fondos de Rehabilitación Vocacional (VR).

Nuestro personal del programa recopilará información de evaluación profesional para usted basada en su asistencia a este programa. VR requiere esta información si está apoyando financieramente su participación. La firma de uno de sus padres o tutores nos da permiso para divulgar esta información sobre usted a su consejero de rehabilitación vocacional.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Si VR le va a patrocinar, pida al consejero de VR que le facilite la siguiente información.

Nombre del consejero de VR: _____

Nombre de la oficina de VR: _____

Dirección de la oficina de VR: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ ☐ Voz ☐ VP

Dirección de correo electrónico: _____ Fax: (_____) _____

La oficina de la Agencia de VR se compromete a pagar:

- ☐ Tarifa del programa (\$850.00)
- ☐ Ropa de cama/toallas (\$45.00)
- ☐ Servicio de transporte (\$10.00 por trayecto)
- ☐ Boletos de avión

Firma del consejero de VR: _____ Fecha: _____

Una vez completadas las partes de este formulario que le correspondan, envíelo por fax al número (585) 475-2696, o envíenos un correo electrónico a NTIDOutreach@rit.edu.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros al número

- (585) 475-6700 (voz)
- (585) 743-4555 (videoteléfono)
- (585) 448-9651 (texto/FaceTime)
- o llame gratis en EE. UU. y Canadá al 1-(866) 644-6843 (voz)
- o por correo electrónico a NTIDOutreach@rit.edu

Formulario de información sobre la salud y el seguro médico (página 1 de 2)

(a completar por el padre/madre/tutor)

Nombre del estudiante: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

¿Tiene el estudiante alguna alergia alimentaria/medicamentosa/de otro tipo? En caso afirmativo, indíquelo.

¿Tiene el estudiante dificultades de movilidad o de visión? En caso afirmativo, explíquelo.

¿Ha estado el estudiante bajo algún tipo de atención médica en los últimos tres meses? En caso afirmativo, explíquelo.

Explique cualquier tratamiento que el estudiante esté recibiendo actualmente o haya recibido en el pasado con respecto a su salud física, mental o emocional.

¿Sigue el estudiante una dieta especial? En caso afirmativo, explíquelo.

¿Debe restringirse el estudiante en materia de recreación? ¿En qué sentido?

¿Hay algo más que debamos saber sobre el estudiante o cualquier otra necesidad especial que pueda tener? (por ejemplo, salud mental)

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto principal: _____

Relación: _____

Teléfono de día: (____) _____ Teléfono de noche: (____) _____

Nombre del contacto secundario: _____

Relación: _____

Teléfono de día: (____) _____ Teléfono de noche: (____) _____

Formulario de información sobre la salud y el seguro médico (página 2 de 2)

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

- ☐ Mi hijo(a) tiene seguro médico **(POR FAVOR INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO - ANVERSO Y REVERSO).**

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza o grupo: _____

Nombre del titular de la póliza (asegurado): _____

Asumo toda la responsabilidad del pago de los gastos médicos que no estén cubiertos por mi seguro y que se produzcan como consecuencia de la participación de mi hijo(a) en el Programa Explore Your Future.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

- ☐ Mi hijo(a) no tiene seguro médico.

Asumo toda la responsabilidad del pago de los gastos médicos incurridos como resultado de la participación de mi hijo(a) en el programa Explore Your Future.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Declaración HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) e información de salud y del seguro médico:

Cualquier autorización que usted proporcione al programa Explore Your Future y al RIT con respecto al uso y divulgación de la información médica y de salud de su hijo(a) podrá ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar la información médica y/o sanitaria de su hijo(a) por los motivos que usted describe. Tenga en cuenta que el programa Explore Your Future está obligado a conservar y mantener los registros del cuidado de su hijo(a) hasta **el 30 de septiembre de 2025**.

Autorizo al personal del programa Explore Your Future y a los empleados del Rochester Institute of Technology a utilizar y/o divulgar información médica y sanitaria protegida sobre las condiciones médicas o de otro tipo de mi hijo(a) con el fin de llevar a cabo el tratamiento necesario.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Compromiso y expectativas en las redes sociales

Estimados padres, tutores y campistas:

A medida que el mundo de los medios sociales y las redes sociales sigue evolucionando, el equipo del programa en RIT/NTID (Instituto Técnico Nacional para Sordos del Instituto Tecnológico de Rochester) quiere asegurarse de que proporcionamos un acceso seguro a las plataformas de medios sociales de NTID para nuestros estudiantes, padres, tutores y familias que estén interesados en las actividades diarias del programa.

Nuestro objetivo es garantizar que las plataformas de redes sociales de NTID (en este caso, por ejemplo, Facebook, Instagram, TikTok y todas las demás que se puedan aplicar) se utilicen para los fines informativos y educativos de la semana, bajo la directriz de fomentar una comunidad y un flujo constante de información.

Se publicarán videos y fotografías de las actividades de los campistas, el personal, los directores, el entorno y el campus del RIT/NTID.

Para ver qué hacen los campistas de este programa, síganos en las redes sociales:

Facebook: www.facebook.com/ritntidyouthprograms

Instagram: [@ritntidyouthprograms](https://www.instagram.com/ritntidyouthprograms)

Expectativas

- Todos los campistas deben ser respetuosos en sus publicaciones y comentarios en las páginas de medios sociales de NTID. NTID se reserva el derecho de eliminar lenguaje inapropiado, insultos personales, blasfemias, spam, comentarios racistas, sexistas o discriminatorios, acoso o comentarios amenazantes en nuestra página de medios sociales de NTID. No se tolerarán este tipo de publicaciones y comentarios.
- Ningún campista, u otro participante, debe incluir ninguna información en el sitio que, a la sola discreción de NTID, pueda comprometer la seguridad de sí mismo o de otros miembros de la comunidad.

Al firmar a continuación, establece que ha leído y comprendido las expectativas y la participación en los medios sociales de este programa. Me comprometo a cumplir las expectativas anteriores.

Nombre del padre/madre: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Nombre del campista: _____ Fecha: _____

Firma del campista: _____ Fecha: _____

Plan de transporte - 12 al 17 de julio de 2025

Usted es responsable de organizar el transporte de ida y vuelta al programa. **Indique a continuación cómo llegará al campus el sábado 12 de julio de 2025 y cómo se marchará el jueves 17 de julio de 2025.**

Llegada (La fecha y hora de llegada debe ser el sábado 12 de julio entre la 1:00 p.m. y las 3:00 p.m.)

¿Cómo llega?

- ☐ Automóvil (Nombre del conductor: _____)
☐ Autobús ☐ Avión ☐ Tren

Le recomendamos que, si llega en avión, lo haga al Aeropuerto Internacional Frederick Douglass Greater Rochester (ROC), no al aeropuerto de Búfalo. Aunque el vuelo a Búfalo sea más barato, Búfalo está al menos a una hora de distancia y el transporte terrestre desde allí a Rochester encarece el viaje. Desde el aeropuerto de Rochester, o desde la estación de autobús o tren, ofrecemos servicio de transporte. Llevaremos a su campista al campus por una tarifa de \$10 por trayecto. El campista que utilice el servicio de transporte es responsable del pago de la tarifa.

Si viaja en autobús, avión o tren, necesitamos una copia legible de los boletos/itinerario.

¿A qué hora llega? _____ Si viene en avión, ¿en qué compañía aérea? _____

Servicio de transporte - El costo es de \$10 por persona, a pagar en el momento de la recogida.

Por favor, realice la reserva de transporte en mi nombre para mi llegada. ☐ Sí ☐ No

Salida (La fecha y hora de salida no debe ser posterior a las 10.00 a.m. del jueves 17 de julio)

¿Cómo se marcha?

- ☐ Automóvil (Nombre del conductor: _____)
☐ Autobús ☐ Avión ☐ Tren

Los estudiantes que salgan en Amtrak en dirección oeste (hacia Chicago), por favor, pónganse en contacto con NTID Outreach Program (Programa de divulgación del Instituto Técnico Nacional para Sordos) antes de comprar los boletos.

Si viaja en autobús, avión o tren, necesitamos una copia legible de los boletos/itinerario.

Servicio de transporte - El costo es de \$10 por persona, a pagar en el momento de la recogida.

Por favor, realice la reserva de transporte en mi nombre para mi partida. ☐ Sí ☐ No

Puede pagar en línea en www.rit.edu/ntid/outreach/payments

RIT no asume ninguna responsabilidad asociada a estos acuerdos de transporte y el participante o tutor acepta eximir a RIT de cualquier responsabilidad resultante, reclamación o menos, derivada del uso del servicio de transporte.

Nombre del estudiante: _____ Nombre del padre/madre/tutor: _____

Firma del estudiante: _____ Firma del padre/madre/tutor: _____

Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

M / F (Marque con un círculo)

HISTORIAL MÉDICO

Indique las enfermedades infantiles que ha padecido el estudiante y complete la información sobre su estado físico actual. Si el estudiante no ha padecido esa enfermedad o dolencia, marque la casilla "NO".

ENFERMEDADES INFANTILES	Sí	No	Fecha	CONDICIONES FÍSICAS ACTUALES	Sí	No
Varicela				Asma		
Sarampión alemán				Trastorno de sangrado/coagulación		
Sarampión				Cáncer		
Paperas				Convulsiones/ataques		
				Diabetes		
				Infecciones de oído frecuentes		
ALERGIAS				Defecto/enfermedad cardíaca		
Fiebre del heno				Hipertensión arterial		
Reacción a una picadura de insecto				Enfermedad renal		
Penicilina				Enfermedad pulmonar		
Hiedra venenosa, roble venenoso, etc.				Deficiencia visual		

¿Tiene el estudiante alguna alergia alimentaria/medicamentosa/de otro tipo? En caso afirmativo, indíquelo.

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York exige un historial completo de vacunación para cada estudiante inscrito en el programa Explore Your Future program. Esta información debe ser completada por el médico o enfermero certificado del estudiante. También pedimos que se notifique al Coordinador del Programa de Advanced Tech Careers si el estudiante ha estado expuesto a alguna enfermedad contagiosa en las tres semanas previas al inicio del programa.

El estudiante no podrá matricularse hasta que tengamos esta información en nuestros archivos.

DTaP (Difteria, tétanos y tos ferina) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
HIB (Hemophilus influenza tipo B) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	Refuerzo
HB (Hepatitis B) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	
Polio (oral no activada) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	
MMR (Sarampión, paperas, rubéola) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a			
Varicela Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a			
Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	Refuerzo	TB Mantoux (Prueba cutánea de la tuberculina) ¿Prueba realizada?	☐ Sí ☐ No	Fecha:

Verifico que todas las vacunas están al día para el estudiante arriba mencionado.

Nombre del médico o enfermero certificado _____

Dirección del médico _____

Teléfono del médico
(OBLIGATORIO)

Firma del médico _____ **Fecha** _____
(OBLIGATORIO)

REGISTRO DE MEDICACIÓN DE 5 DÍAS

FECHA: 12 al 17 de Julio de 2025 FORMULARIO MÉDICO (a completar por el médico)

Nombre del estudiante Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

LA POLÍTICA DEL PROGRAMA ADVANCED TECH CAREERS ES QUE, EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DE INGRESO, TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ENTREGARSE AL PERSONAL SANITARIO DE ADVANCED TECH CAREERS PARA QUE LOS GUARDE EN UN LUGAR SEGURO SUPERVISADO POR EL PERSONAL SANITARIO DE ADVANCED TECH CAREERS O LOS JEFES DE EQUIPO.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CONDICIÓN MÉDICA	DOSIS	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	HORA (AM/PM) o con comida

** Si necesita más espacio, adjunte una página adicional. Este formulario es confidencial y será destruido, a más tardar, el 15 de agosto de 2024. **

Todos los medicamentos deben estar en su envase original y deben ir acompañados de una orden escrita específica para el paciente de un prescriptor autorizado. El etiquetado de la farmacia NO es suficiente.

No se aceptarán medicamentos que estén en pastilleros, bolsas tipo Ziploc, etc.

LOS MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE NO ESTÁN DISPONIBLES EN ADVANCED TECH CAREERS.

Cualquier medicamento de venta libre debe ser recetado por un médico con el nombre completo del estudiante, su fecha de nacimiento y una fecha de caducidad válida que no expire antes del inicio del programa y en el envase original. Algunos ejemplos de medicamentos de venta sin receta son, entre otros, Tylenol, Advil, Benadryl, Midol y Tums.

Doy permiso para que el director médico del campamento administre la medicación según prescripción facultativa.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre/madre/tutor Fecha

Firma del médico (OBLIGATORIO) Fecha