☐ EYF ☐ ATC ☐ HCCEP ☐ TT

RIT | National Technical Institute for the Deaf Youth Programs

HISTORIAL MÉDICO

FORMULARIO MÉDICO **(a completar por el médico)**

Nombre del estudiante: _____

_____

Dirección: _____

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

M / F (Marque con un círculo)

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 Heathcare Careers Exploration program. Esta información debe ser completada por el médico o enfermero certificado del estudiante. También pedimos que se notifique al Coordinador del Programa de Outreach Youth Program 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	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
HIB (Hemophilus influenza tipo B) Indicar las fechas en que se recibió	1ª	2ª	3ª	4ª	Refuerzo
HB (Hepatitis B) Indicar las fechas en que se recibió	1ª	2ª	3ª	4ª	
Polio (oral no activada) Indicar las fechas en que se recibió	1ª	2ª	3ª	4ª	
MMR (Sarampión, paperas, rubéola) Indicar las fechas en que se recibió	1ª	2ª			
Varicela Indicar las fechas en que se recibió	1ª	2ª			
Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina) Indicar las fechas en que se recibió	1ª	Refuerzo	**TB Mantoux** (Prueba cutánea de la tuberculina) ¿Prueba realizada?	☐ Sí ☐ No	Fecha:

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

Todos los medicamentos deben estar en su vial original y deben ir acompañados de una receta escrita específica para el paciente, emitida por un médico autorizado. El etiquetado de la farmacia NO es suficiente.

No se aceptarán medicamentos en pastilleros, bolsas Ziploc, etc.

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

Enumere cualquier restricción de actividad:

_____

_____

_____

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 (OBLIGATORIO) _____ **Fecha** _____

Revised September 2025

☐ EYF ☐ ATC ☐ HCCEP ☐ TT

RIT | National Technical Institute for the Deaf Youth Programs

HISTORIAL MÉDICO

FORMULARIO MÉDICO (a completar por el médico)

Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____

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

M / F (Marque con un círculo)

Indique las enfermedades infantiles que ha tenido el estudiante y complete la información sobre la condición física actual del estudiante. Si el estudiante no ha tenido esa enfermedad o enfermedad, 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		

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: (_____) _____

☐ **I give permission for the camp medical director to administer medication as dictated by prescription.**

Nombre de los padres/guardianes (imprima): _____

Firma de los padres/guardianes: _____ **Fecha:** _____

RIT | Instituto Técnico Nacional para Sordos
Consorcio de divulgación

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. **(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 Advanced Tech Careers.

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

☐ Mi hijo(a) no tiene seguro médico.

Asumo toda la responsabilidad por el pago de los gastos médicos incurridos como resultado de la participación de mi hijo(a) en el programa Advanced Tech Careers.

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 Healthcare Careers Exploration Program y al RIT con respecto al uso y divulgación de la información médica y de salud de su hijo(a) puede 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 Healthcare Careers Exploration Program tiene la obligación de conservar y mantener registros del cuidado de su hijo(a) hasta **el 30 de septiembre de 2027.**

Doy permiso para que el personal de Healthcare Careers Exploration Program y los empleados del Rochester Institute of Technology utilicen y/o divulguen información médica y de salud protegida acerca de las condiciones médicas u otras condiciones de salud 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: _____

RIT | National Technical Institute for the Deaf Youth Programs

Formulario de ayuda financiera

Nombre del estudiante: _____

Rehabilitación Vocacional

Si la **Rehabilitación Vocacional (VR)** proporciona fondos para la participación del estudiante en el programa, este formulario debe ser completado y firmado por el consejero de VR del estudiante.

Para obtener una lista de las oficinas de VR en los Estados Unidos, visite: rit.edu/ntid/tuition/state-by-state-vr

---

Autorización del Padre/Madre o Tutor Legal

Los Programas Juveniles de RIT/NTID pueden recopilar información de evaluación vocacional basada en la participación del estudiante en el programa. Si VR está apoyando económicamente al estudiante, esta información será proporcionada al consejero de VR del estudiante.

Al firmar a continuación, autorizo a los Programas Juveniles de RIT/NTID a divulgar esta información al consejero de VR de mi estudiante.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

OBLIGATORIO: Debe ser completado por el Consejero de VR

Nombre del consejero de VR: _____

Agencia/Oficina de VR: _____

Dirección de la oficina de VR: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: (_____) _____ ☐ Voz ☐ VP. **Fax:** (_____) _____

Correo electrónico: _____

La agencia de VR acepta pagar lo siguiente:

☐ **Cuota del programa ($900.00)**

☐ **Ropa de cama ($49.00)**

☐ **Servicio de transporte (Shuttle) ($20.00 ida y vuelta)**

☐ **Transporte (boleto aéreo/autobús/tren)**

☐ **Confirmo que nuestra agencia de VR proporcionará una Autorización de Servicio para los servicios aprobados indicados anteriormente.**

Fecha prevista en que se proporcionará la Autorización de Servicio: _____

Firma del consejero de VR: _____ **Fecha:** _____

Por favor, envíe el formulario completado y firmado en formato PDF a **EYFInfo@rit.edu** o envíelo por fax al **(585) 475-5960**.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al **(585) 286-4555**.

RIT | National Technical Institute for the Deaf
Health Care Careers Exploration Program

Formulario de apoyo de organismos públicos o privados

Nombre: _____

Apoyo de organismos públicos o privados

Monto a pagar $ _____

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

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

Nombre de la organización, organismo, organización benéfica o grupo fraternal de apoyo:

_____

Persona de contacto: _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad/pueblo: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ ☐ Voz ☐ VP

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

Firma autorizada: _____ Fecha: _____

El organismo acepta pagar:

☐ **Tarifa del programa ($900.00)**
☐ **Ropa de cama ($49.00)**
☐ **Transporte de enlace ($20.00 ida y vuelta)**
☐ **Transporte (avión/autobús/tren)**

RIT | National Technical Institute for the Deaf
Health Care Careers Exploration Program

Formulario de servicios y adaptaciones del programa

Nombre del estudiante: _____

Por favor, revise la información a continuación y marque todas las opciones que correspondan al estudiante

1. Servicios opcionales del programa y tarifas

Paquete de ropa de cama - $49

El paquete incluye

- Sábanas, encimera y ajustable, extralargas
- Almohada y fundas de almohada
- Manta delgada
- Toalla(s) de baño
- Toalla(s) de mano
- Toallita(s) para la cara

Seleccione uno:

☐ Deseo alquilar el paquete de ropa de cama

☐ Traeré mi propia ropa de cama/saco de dormir y toallas

Transporte - $20

☐ Necesito servicio de transporte entre el aeropuerto/estación de autobús/estación de tren y el campus de RIT/NTID

☐ No necesito servicio de transporte

Pago

Si seleccionó un servicio de pago arriba, envíe su pago en línea a: rit.edu/ntid/outreach/payments/hccep

☐ **La agencia de Rehabilitación Vocacional (VR) ha verificado que pagará la(s) siguiente(s) tarifa(s):**

☐ Paquete de ropa de cama - $49

☐ Servicio de transporte - $20

2. Adaptaciones de comunicación y accesibilidad

Marque cualquier servicio de comunicación o adaptación que el estudiante necesitará durante el programa.

☐ Intérprete de ASL (lenguaje de señas americano) /voz

☐ Subtitulado/Servicios CART (subtitulado en tiempo real)

☐ Interpretación de visión cercana/primer plano

☐ Interpretación ProTactile/Apoyo a la comunicación

☐ Apoyo para personas sordociegas

☐ Materiales en letra grande

☐ Dispositivo de ayuda auditiva

☐ Otro: _____

Información adicional:

_____

_____

Confirmación del padre/madre/tutor

He revisado las selecciones anteriores y he proporcionado información sobre los servicios, adaptaciones y necesidades del programa para mi hijo(a).

Nombre del padre/madre/tutor: _____

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

PROGRAMA DE VERANO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ROCHESTER (RIT)
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD RELATIVO A UN(A) HIJO(A) MENOR DE EDAD
(página 1 de 3)

Como padre/madre y/o tutor legal de _____ (el "Participante"), autorizo a 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 la 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 toda responsabilidad a los Exonerados por 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.

PROGRAMA DE VERANO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ROCHESTER (RIT)
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD RELATIVO A UN(A) HIJO(A) MENOR DE EDAD
(página 2 de 3)

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 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: Healthcare Careers Exploration Program (Programa de Exploración de Carreras en Salud)

Fecha(s) de la actividad: 17 al 21 de julio de 2027

Lugar de la actividad: Campus del RIT **Otros:** lugares y sitios de la Comunidad de Rochester

Descripción de la actividad: Esta es una lista general de actividades para el programa Healthcare Careers Exploration Program.

- Actividades inflables
- Trampolín
- Museo
- Parque de atracciones
- bolos
- deportes

En algunos de los talleres de Healthcare Careers Exploration Program, los alumnos realizarán actividades prácticas con maquinaria pesada. Para cumplir las normas de seguridad, los alumnos deben llevar lo siguiente:

- Zapatos o zapatillas. No se permiten sandalias, chanclas ni zapatos abiertos en los laboratorios.
- Pantalones largos. No se permiten pantalones cortos, vestidos ni faldas en los laboratorios.
- Camisas o camisetas de manga corta. No se permiten camisas de manga larga en los laboratorios.
- Si tiene el pelo largo, DEBE recogerlo para que no estorbe.

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.

RIT | Instituto Técnico Nacional para Sordos
Consorcio de divulgación

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 alumno 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 Healthcare Careers Exploration Program del RIT/NTID deben asistir a todas las actividades del programa.

Conducción: Los participantes de programa Healthcare Careers Exploration Program 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.

Salida del campus: Los estudiantes del programa Healthcare Careers Exploration Program del RIT/NTID no pueden salir del campus durante el programa a menos que haya habido un acuerdo previo entre el estudiante, los padres y el coordinador del programa.

Privacidad: Los participantes de las Carreras tecnológicas avanzadas 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 Healthcare Careers Exploration Program del RIT/NTID deben estar en su propio dormitorio con la puerta cerrada a las 10:00 p.m. Los estudiantes no pueden salir de sus dormitorios entre las 10:00 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.

RIT | Office of Youth Protection and Compliance

Código de conducta del participante

Para ayudarnos a brindar una experiencia educativa divertida y estimulante para los jóvenes en un ambiente seguro y de apoyo, pedimos a todos los participantes y a sus padres/tutores que se adhieran y sigan las expectativas de comportamiento que se enumeran a continuación. Código de honor de RIT, Policy P03.0, describe las expectativas de la comunidad de RIT en su totalidad. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este contenido, puede ponerse en contacto con el administrador del programa.

Como participante en este programa, acuerdo:

- o Cumplir con todas las políticas de RIT, incluyendo las citadas en este código de conducta.
- o Demostrar civismo, respeto, decencia y sensibilidad hacia los demás participantes y el personal.
- o Comportarse de manera que contribuya positivamente al bienestar de la comunidad.
- o Asistir puntualmente a todas las actividades y participar plenamente en ellas. Si llego tarde o voy a faltar a una actividad, lo notificaré al administrador del programa.
- o Seguir las instrucciones del personal y los invitados y expresar mis inquietudes de manera respetuosa.
- o Completar a tiempo los proyectos individuales y grupales asignados (si corresponde).
- o Vestirme adecuadamente para los programas en persona y para aparecer en las videoconferencias.
- o Buscar un lugar tranquilo durante las sesiones virtuales del programa y ser consciente de mi alrededor y del fondo que se ve en el video.

Si no cumplo con las expectativas del programa, entiendo que puede haber consecuencias, incluyendo, entre otras, las siguientes:

- o El personal me advertirá sobre los comportamientos y acciones que no están permitidos y, en la mayoría de los casos, me dará la oportunidad de corregir el comportamiento.
- o Dependiendo del comportamiento, también pueden ponerse en contacto con mis padres o tutores.

Entiendo que los siguientes comportamientos pueden dar lugar a la eliminación del programa:

- *o Ciberacoso, acoso o uso de lenguaje despectivo hacia otra persona o grupo de personas. Esto incluye enviar, publicar o compartir contenido negativo, dañino, falso o malicioso sobre otras personas en Internet. También puede incluir compartir información personal o privada sobre otra persona en Internet.*
- *o Discriminación o acoso sexual hacia otro participante o miembro del personal del programa.*
- *o Poseer, permitir que se vea en vídeo o estar bajo los efectos del alcohol, el tabaco, las drogas o las armas.*
- *o Dañar o destruir la propiedad de RIT o de otras personas.*
- *o Otros comportamientos prohibidos incluidos en las políticas de RIT.* D.18, D.19, y C06.0.
- *o Ausencias repetidas o incumplimiento de los requisitos acordados del programa.*

Como padre/tutor, apoyaré la participación de mi hijo(a) en este programa y respetaré a los demás participantes y al personal mediante:

- o Hacer los arreglos necesarios para que mi hijo(a) pueda participar en el programa durante los horarios especificados.
- o Dar tiempo a mi hijo(a) para que complete las tareas requeridas (si corresponde).
- o Comunicarme con el personal antes del inicio del programa si mi hijo(a) debe ausentarse.
- o Colaborar con el personal del programa para resolver cualquier problema que surja con mi hijo(a).
- o Hablar con mi hijo(a) sobre la seguridad en Internet y comprender que el personal del programa no puede supervisar ni es responsable de lo que mi hijo(a) haga en Internet fuera de las actividades del programa.
- o No tomar fotografías ni grabar vídeos de los nombres o rostros de otros participantes durante su participación en el programa.

Entiendo que el personal del programa se compromete a:

- *o Cumplir con RIT's Protection of Minors Policy*
- o Comunicación respetuosa y eficaz con todos los participantes y sus padres/tutores.
- o Ayudarme a tener una experiencia segura y divertida.
- o Limitar el contacto directo con los participantes a los horarios establecidos para las actividades del programa.
- o Incluir a otro miembro del personal o a un padre/tutor en cualquier comunicación electrónica directa con un participante.
- o No interactuar con los participantes en las redes sociales desde cuentas que no sean de RIT.
- o Abordar los problemas que se les planteen.
- o Crear un ambiente en el que todos sean bienvenidos y tengan la oportunidad de triunfar.

Por favor, firme a continuación para confirmar que entiende y se compromete a cumplir estas expectativas durante el programa.

Nombre del participante (imprenta) _____ *Nombre del padre/tutor (imprenta)*_____

Firma _____ *Firma* _____

Fecha _____ *Fecha* _____

RIT | National Technical Institute for the Deaf
Youth Programs

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,

Erin Clegg
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 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) 286-4555. 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

RIT | National Technical Institute for the Deaf
Youth Programs

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**

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: _____

RIT | Instituto Técnico Nacional para Sordos
Consorcio de divulgación

Plan de transporte

Nombre del estudiante: _____ Programa: ☐ **EYF Sesión 1** 10–14 de julio de 2027 ☐ **EYF Sesión 2** 17–21 de julio de 2027

Usted es responsable de organizar el transporte de ida y vuelta al programa. Complete la información a continuación para indicarnos cómo llegará su estudiante a RIT/NTID y cómo saldrá de RIT/NTID.

VIAJE EN AVIÓN: Si viaja en avión, recomendamos encarecidamente utilizar **el Aeropuerto Internacional Frederick Douglass Greater Rochester (ROC).** No reserve vuelos a través del Aeropuerto de Buffalo, ya que está a más de una hora de RIT/NTID.

LLEGADA (El registro comienza el sábado 10 o 17 de julio, entre la 1:00 p. m. y las 3:00 p. m.)

¿Cómo llegará el estudiante?

☐ Automóvil (Nombre completo del conductor tal como aparece en la licencia de conducir):
_____

☐ Avión ☐ Autobús ☐ Tren

Fecha de salida: _____ **Hora de salida:** _____
Compañía aérea/de autobús/tren: _____ **N.º de vuelo/autobús/tren:** _____

SALIDA (La fecha y hora de salida deben ser a más tardar a las 11:00 a. m. del miércoles 14 o 21 de julio)
¿Cómo saldrá el estudiante?

☐ Automóvil (Nombre completo del conductor tal como aparece en la licencia de conducir):_____
☐ Avión ☐ Autobús ☐ Tren

Fecha de salida: _____ **Hora de salida:** _____
Compañía aérea/de autobús/tren: _____ **N.º de vuelo/autobús/tren:** _____

Los estudiantes que salgan en Amtrak en dirección oeste (hacia Chicago) deben comunicarse con RIT/NTID Youth Programs antes de comprar los boletos.

REQUERIDO:
Si viaja en avión, autobús o tren, adjunte una copia completa del boleto o itinerario de viaje del estudiante, incluidos todos los detalles del viaje.

☐ La agencia de Rehabilitación Vocacional (VR) ha verificado que cubrirá los gastos de viaje del estudiante:
☐ Avión ☐ Autobús ☐ Tren

RIT no assume ninguna responsabilidad relacionada con estos arreglos de transporte. El participante o el padre/madre/tutor acepta eximir a RIT de cualquier responsabilidad, reclamación o pérdida que resulte del uso del servicio de transporte.

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