

**SOLICITUD / FORMA DE MATRICULACIÓN (EF) - AÑO ACADÉMICO 2019-2020**



**Escuela este año:** \_\_\_\_\_ ¿Es un estudiante que regresa a MESA?  No  Sí

ID Estudiantil del Estado de California (CA SSID): \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **MI:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico (requerido si va a acceder):** \_\_\_\_\_

**Domicilio Permanente:** \_\_\_\_\_

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

**Teléfono Principal:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono Secundario:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Género:**  Mujer  Hombre  Mujer transgénero  Hombre transgénero  
 No conformista a base de género  Identidad diferente  Niego a declarar/No sé

**Nivel Escolar (grado):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Etnicidad (favor de especificar el número o números correspondientes de la siguiente tabla):** \_\_\_\_\_

<b>01</b> Afroamericano/Negro	<b>09</b> Isleño del Pacífico (incluye micronesio, polinesio, u otros isleños del Pacífico)
<b>02</b> Indio-Americano/Indio Nativo de Alaska	<b>10</b> Vietnamita/Vietnamés-Americano
<b>03</b> Chino/Chino-Americano	<b>11</b> Blanco/Suroeste Asiático y Norte Africano
<b>04</b> Indio del Este/Pakistaní	<b>12</b> Otro Asiático (no incluyendo del medio oriente)
<b>05</b> Filipino/Filipino-Americano	<b>13</b> Otro Español-Americano/Latinx (incluye cubano, puertorriqueño, centroamericano y sudamericano)
<b>06</b> Japonés/Japonés-Americano	<b>14</b> Más de uno
<b>07</b> Coreano/Coreano-Americano	<b>15</b> Otro
<b>08</b> Mexicano/Mexicano-Americano/Chicanx	<b>16</b> Niego a declarar/No sé

¿Cuáles son las idiomas que se habla regularmente en su hogar?: \_\_\_\_\_

Programas en que ha participado en el pasado (favor de seleccionar todos los que apliquen):

1. Programa de verano de MESA  3. Trabajo de verano  
 2. Summer Advancement Academy (SAA)  4. Otro programa, especifique: \_\_\_\_\_

Participación en otros programas académicos (favor de seleccionar todos los que apliquen):

1. Puente  3. CSU Early Outreach  5. AVID  
 2. UC Early Academic Outreach  4. Upward Bound  6. COSMOS

**Interés Profesional Principal (favor de seleccionar uno):**

1. Ingeniería  5. Otras carreras basadas en matemáticas  
 2. Ciencia de la computación o informática  6. Profesión en salud  
 3. Ciencia Física  7. Carrera no basada en matemáticas  
 4. Negocios  8. No sé

**1. Nombre de Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**2. Nombre de Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nivel más alto de educación logrado por cada uno de sus padres (favor de escribir el número correspondiente dentro de las cajas):**

**Padre 1**

**Padre 2**

1. No se graduó de la escuela secundaria
2. Recibido de preparatoria
3. Poco de colegio o universidad
4. Título de colegio comunitario

5. Título de universidad de 4-años
6. Más de Título de 4-años
7. Título de M.S./M.A./M.B.A./Ph.D
8. No sé el nivel logrado

**¿Típicamente, qué tipo de trabajo han hecho sus padres o guardianes en los últimos años, o antes de jubilarse? (favor de escribir el número correspondiente dentro de las cajas):**

**Padre 1**

**Padre 2**

1. Ingeniero
2. Científico de computación o informática
3. Otro profesional
4. Gerente/supervisor
5. Ventas/oficinista
6. Técnico de oficio

7. Trabajador de fábrica
8. Trabajador del campo
9. Trabajador general
10. Nunca empleado
11. No sé



## Assumption of Risk, Release of Claims and Hold Harmless Agreement

Programa	Universidad del Pacifico Programa MESA
Fecha del Programa	1 de Agosto – 29 de Mayo 2020
Ubicacion del Evento	Escuela, Universidad del Pacifico, excursiones, eventos regionales
<b>Nombre de la escuela de su hijo/a</b>	

Las partes de este acuerdo son:

&

<b>Nombre del Participante de MESA</b>	<b>Padre con Custodia o Tutor Legal del Participante</b>
--	--

Si el participante es menor de 18 años, todos los que se refiere en adelante solidariamente como "Participante". La Universidad del Pacífico, Junta de regentes, oficiales, consejeros, defectuosos, agentes, representantes, voluntarios, estudiantes y empleados (colectivamente referidos en adelante como "Pacífico").

**Asunción de Riesgo.** El Participante es un participante voluntariamente de este evento. Los participantes comprenden y aceptan que el evento y sus actividades pueden ser peligrosos, tal vez implique viajar, y ni el evento o Pacific pueden garantizar seguridad de sus participantes.

El participante es responsable de evaluar e investigar los riesgos que él o ella puedan tener y es responsable de sus acciones. En cualquier actividad que el participante pueda ser parte, sea como componente del evento o parte de él, han procedido con el entendimiento y aceptan todos los riesgos involucrados, que incluyen, pero no se limitan a daños físicos o psicológicos, dolores, sufrimientos, desfiguraciones, discapacidad temporal o permanente, pérdida económica o emocional, daños o pérdidas de propiedad, pérdida de sueldo o empleo, y fallecimiento. El participante comprende que cualquier lesión o resultado puede suceder por las acciones mismas o de otros, o negligencia inacciones, condiciones de viaje, o condiciones de la ubicación del evento. Sin embargo, los participantes asumen todos los riesgos, conocidos y desconocidos, sea o no listado arriba, de participación en el evento, incluyendo viajar y regresar del evento.

**Condición Física y Seguro.** El participante demuestra que ella es física y mentalmente capaz de participar y no tiene problemas de salud O otras restricciones que puedan poner en peligro su seguridad o salud o la seguridad o la salud de los demás durante su participación en el evento. El Participante da permiso A Pacific o su delegado para proporcionar una atención de emergencia inmediata y razonable debe exigirse. El participante acepta mantener indemne e indemnizar a Pacific de cualquier reclamo, causas de acción, daños, obligaciones, derivados de o resultantes de dicho tratamiento médico o atención de emergencia.

El Participante acepta ser únicamente responsable por todos los costos de tratamiento médico e ayuda de emergencia.

**Expedientes de los Estudiantes.** Autorizo a Pacific de tener acceso a, hacer y recibir copias de los registros de la escuela académica de mi hijo a través de la realización del 12<sup>o</sup> grado. El participante entiende que este registro se mantendrá confidencial y se utilizarán para: a) monitorear el progreso académico de mi hijo; y b) determinar cuándo se necesitan servicios de apoyo académico adicional. Entiendo que información del expediente académico de mi hijo se divulgarán a designados representantes de colegios y universidades por lo que puede determinar la elegibilidad de mi hijo/a para la admisión en sus instituciones, su necesidad de servicios especiales, y para uso general en la planificación de las actividades de extensión y reclutamiento.

**Formulario de Video.** El participante acepta que Pacific puede grabar, editar, usar, reproducir, publicar y distribuir mediante cualquier y todos los medios y transmisión, la imagen visual o audio de los participantes y otros comentarios, información y materiales que puede proporcionar al participante con respecto a Pacific, que incluye, sin limitación, del participante nombre, información biográfica, voz grabada, semejanza, comentarios, materiales de presentación y desempeño en eventos de Pacific. Pacific y el programa de MESA de California concedido aún más permiso para utilizar este tipo de materiales para educación, recaudación de fondos, promocionales e otros propósitos en todo el mundo y a perpetuidad el participante acepta que Pacific



## Assumption of Risk, Release of Claims and Hold Harmless Agreement

será liberada de cualquier responsabilidad que puedan surgir con respecto a la producción, uso y distribución de tales materiales como se describe en este documento, y Pacific se libera de cualquier reivindicación de los derechos otorgados anteriormente.

**Renuncia y Liberación de Reclamaciones.** En la consideración de ser aceptado en o participar en este evento, el participante acepta y hace por este medio, para el participante y nombre del participante herederos, ejecutores, administradores, empresarios, agentes, representantes, aseguradores y abogados, liberación y descarga a Pacific de todos los reclamos que provengan de cualquier otra causa, incluyendo las reclamaciones que surjan de cualquier negligencia, acto e omisión por el Pacific e otros. El participante libera y descarga a Pacific de responsabilidad por cualquier accidente, enfermedad, lesión, pérdida o daños a la propiedad personal o cualesquiera otras consecuencias derivadas o que resulten directa o indirectamente de la participación del participante en el evento.

**Indemnización y exención.** El participante se compromete a indemnizar, defender A Pacific inofensivo de cualquier reclamo de daños, pérdida o responsabilidad alguna incluyendo honorarios razonables de abogados y otros costos asociados, que puedan surgir como resultado de su participación en el evento. Si Pacific incurre en alguno de estos tipos de gastos, el participante acepta A reembolsar a Pacific.

La medida en que los participantes se involucren en actividades que no son parte del evento y de que el participante pueda sufrir lesiones u otros daños a sí mismo o a la propiedad o causar otras lesiones o mantener otros daños incluyendo daños a su propiedad, el participante entiende que ni Pacific, ni ninguno de sus empleados, oficiales, directores, voluntarios y agentes será responsable independientemente de la causa o culpa.

**Cumplimiento de Normas.** El participante entiende y acepta acatar todas a todas las pólizas de Pacific, reglas y reglamentos aplicables al evento.

**Divisibilidad.** Es entendido y convenido que, si cualquier provisión de este acuerdo o la aplicación misma es inválida, la invalidez no afectará a otras disposiciones o aplicaciones de este acuerdo que se puede dar efecto sin las disposiciones no válidas o aplicadas. Por ello, las disposiciones del presente acuerdo se declaran divisibles.

**Ley Aplicable y Lugar.** Este acuerdo se interpretará de acuerdo con y gobernado por las leyes del estado de California. El lugar para cualquier acción que surja de este acuerdo será el Condado de San Joaquín, estado de California. Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales del estado, Condado de San Joaquín, California.

**Construcción y Alcance de Acuerdos.** El lenguaje de todas las partes de este acuerdo en todos los casos se interpretará como un todo, según su significado justo y no por conveniencia de ninguna parte. Este acuerdo es el acuerdo sólo, solo, entero y completo de las partes relacionadas en cualquier forma en la materia presente. No hay declaraciones, promesas o representaciones realizadas por cualquiera de las partes o cualquier otro, o confiar, y ninguna consideración ha ofrecido o prometido, que sea expresamente establecido en este documento. Esta asunción de riesgo, liberación de las demandas, indemnización y sostener inofensivo y acuerdo sustituye cualquier anterior oral o escrita entendimiento o acuerdo entre las partes.

**El participante reconoce que él o ella ha leído esta asunción de riesgo, liberación de demandas, indemnización y acuerdo, entiende su significado y efecto y se compromete a registrarse por sus términos.**

Fecha:
Firma del Padre o Tutor legal con Custodia (Si el participante es menor de 18 años de edad)
Nombre del Padre o Tutor legal con Custodia:

Formulario para Emergencias,  
Consentimiento de Tratamiento Médico & Formulario De Contactos De Emergencia  
**Formulario Opcional (Recomendado por niños con condiciones médicas)**

**Nombre del Participante** \_\_\_\_\_

Fecha del Nacimiento \_\_\_\_\_

**Seguro Medico**

¿El participante está cubierto por un seguro médico o seguro de hospital?  Sí  No

Si es que tenga seguro, indique el número de la póliza / grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía del Seguro \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Parentesco entre el asegurado con el participante \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Médico De Atención Primaria \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

¿Tiene el participante alguna condición médica crónica o aguda que requiera algún tipo de acomodación para permitir la participación en el programa / actividad?  Sí  No

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

Favor de enumerar cualquier medicamento que se debe administrar al participante en caso de una emergencia.

Favor de enumerar cualquier alergia a medicamentos, polen, comida o picazón de insectos e indique si el participante tiene un EpiPen para las reacciones alérgicas.

Enumere cualquier otra necesidad especial o problema médico que sea importante saber en caso de una emergencia.

Teléfono Fijo del Participante \_\_\_\_\_

Teléfono Celular del Participante \_\_\_\_\_

**En Caso de Emergencia, Favor de Contactar**

Nombre del Contacto en Caso de Emergencia \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Parentesco  Padre  Tutor Legal  Hermano

Otro, indique parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Y/O**

Nombre de Contacto Secundario \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Parentesco  Padre  Tutor Legal  Hermano

Otro, indique parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Consentimiento de Tratamiento Médico**

Doy mi consentimiento a la Universidad del Pacífico para obtener atención médica de emergencia bajo cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, las extremidades o el bienestar del participante mencionado anteriormente.

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor Legal**

(Si el plan de salud cubre el participante o si el participante tiene menos de 18 años al comienzo del programa/actividad)

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_