



Escuela para Sordos de Nuevo México



Centro para la Consulta y la Capacitación Educativas (CECT)

Inscripción

¡TODAS las inscripciones deben de ser entregadas a más tardar en la fecha indicada!

- Para inscribirse en el Fin de Semana "Connect", por favor comuníquese con la oficina CECT para recibir un paquete de inscripción o imprima uno desde nuestro sitio web (www.nmsd.k12.nm.us)
- Se requiere un paquete de inscripción por alumno (el paquete incluye los formularios necesarios - todos ellos deben ser completados, firmados y devueltos antes del 14-abril-17)
- Entregar mediante fax: 505-476-6371
- O mandar por correo a:
NMSD
Attn: CECT/CONNECT
1060 Cerrillos Road
Santa Fe, NM 87505
- Para completar la inscripción por teléfono, por favor llame al 505-476-6400 y pregunte por **Leah Gregg**.

El Evento

El Fin de Semana "**CONNECT**" es una oportunidad para que alumnos sordos e hipoacúsicos de todo Nuevo México puedan **CONECTARSE** con otros alumnos sordos e hipoacúsicos... para **CONECTARSE** con adultos sordos e hipoacúsicos que sirven como modelos a seguir y para **CONECTARSE** con la naturaleza que les rodea por medio de proyectos prácticos y actividades al aire libre. ¡Los estudiantes también harán una película corta acerca de lo que aprenden!

Este evento es para alumnos que no asisten a NMSD.

Información Importante

- Fin de Semana "Connect" — 5-7 de mayo
- **Fecha límite de inscripción: 14-abril-2017**
- El Fin de Semana "Connect" es una oportunidad para los alumnos sordos e hipoacúsicos que asisten a escuelas públicas y "charters" de NM (de 12 años a su último año de la preparatoria). Este evento es gratuito.
- Se requiere que TODOS los formularios sean completados y entregados antes de la fecha límite del 14-abril-17.
- Por favor visite nuestro sitio web para inscribirse o comuníquese con nosotros para recibir un paquete por correo.
- El paquete de inscripción indica los artículos que los alumnos deben de traer para el evento.
- Pedimos a los padres que no recojan temprano a sus hijos—así ellos podrán tener una experiencia completa.
- Por favor pida a su Consultor Educativo de NMSD información acerca de las posibilidades de transporte, si lo necesita.

NMSD **CONNECT** WEEKEND

5-7 de mayo de 2017 "Manzano Mountain Retreat"

Horario Provisional:

Viernes, 5 de mayo

4:00—5:00 pm

- Punto de encuentro en Santa Fe o Albuquerque

6:00—7:00 pm

- Punto de encuentro en Manzano

7:00 pm

- ¡Comienza el Fin de Semana "Connect"!

Sábado, 6 de mayo

Actividades del Fin de Semana "Connect":

- Proyectos en grupo
- Actividades para formar unidad en equipo
- Actividades del Manzano Mountain Retreat
- Filmar y editar películas breves
- La fogata

Domingo, 7 de mayo

8:00 am -12:00 pm

Cierre del Fin de Semana "Connect"

12:00 -1:00 pm

Almuerzo y presentación (se invita a padres/ familias)

1:00 pm

Punto de encuentro en Manzano

3:00 pm

Punto de encuentro en Santa Fe (NMSD) y en Albuquerque



¿Preguntas?

Comuníquese con nuestra oficina: 505-476-6400

O por email: leah.gregg@nmsd.k12.nm.us

Formulario de Inscripción

Gratuito Para Alumnos Sordos de NM (de 12 años de edad a su último año de la preparatoria).

Por favor rellene todas las secciones del formulario de inscripción. Para completar el formulario por teléfono, por favor llame al 505-476-6400 y pregunte por Priscilla Gutierrez.

5-7 de mayo de 2017 ♦ Fin de semana "Connect" en el "Manzano Mountain Retreat", Torreón, NM

Punto de encuentro para dejar a su hijo/a

Elija un lugar para dejar a su hijo/a: NMSD/Santa Fe Escuela Prescolar de NMSD en Albuquerque Manzano Mountain Retreat

Información del estudiante

Nombre del alumno que asistirá "Connect":

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Código Postal:

Estado:

Nombre de la escuela/distrito donde asiste el alumno:

Información del padre/guardián

Nombre del padre/guardián:

Relación:

Email:

Número de Teléfono:

Voz

Texto

Videophone

Contacto en Caso de Emergencia

Use la misma información del padre/guardián listado anteriormente
(si marca aquí no es necesario rellenar lo de abajo)

Use la información de contacto a continuación:

Persona de Contacto:

Relación:

Número de Teléfono:

Voz

Texto

Videophone

FECHA LÍMITE DE LA INSCRIPCIÓN: 14 de ABRIL de 2017

Mandar formularios a: New Mexico School for the Deaf

Attn: CECT / CONNECT

1060 Cerrillos Road

Santa Fe, NM 87505

○ por email a: leah.gregg@nmsd.k12.nm.us

○ por fax al: 505-476-6371

Información de la Salud del Estudiante

¿QUE IDIOMA USA EL ESTUDIANTE? (marque todas las que aplican)

- ASL/Lengua de Señas Inglés (hablado) Español (hablado)
 Otro:

AMPLIFICACION/MODIFICACIONES UTILIZADAS EN LA ESCUELA (cheque todas las que aplican):

- Audífonos Campo de Sonido/Sistema FM Intérprete de ASL
 Ninguno Otro:

ENLISTE CUALQUIER CONDICION DE SALUD/MÉDICA Y DIETA ESPECIAL (incluir alergias):

ENLISTE MEDICINAS QUE ESTE TOMANDO ACTUALMENTE (incluir medicinas sin recetas):

¿Hay algo más que usted desea que nosotros sepamos?

¿NECESITARÁ TOMAR LAS MEDICINAS DURANTE EL PROGRAMA?

- Sí* No

***Si es sí, se requiere lo siguiente: las medicinas deben estar en el recipiente original con una etiqueta. La etiqueta debe decir el nombre del niño/a, la medicina, la dosis, y a qué hora debe tomarla. La medicina no puede ser reempaquetada.**

TALLA DE LAS CAMISETAS DE LOS ESTUDIANTES (escoja una):

Adultos

- X-Pequeño Pequeño Mediano Grande X-Grande 2X-Grande 3X-Grande

Permisos y Liberación de Responsabilidades

TRANSPORTE

La Escuela para Sordos de Nuevo México tiene mi permiso para transportar a mi hijo/a, _____, de manera individual o en grupo a todas las actividades del Fin de Semana "Connect", y a casa (si aplica).

Firma del Padre/Guardián:

Fecha:

ACTIVIDADES

Mi hijo/a, _____, tiene mi permiso de participar en las actividades incluidas en el Fin de Semana "Connect". Algunas de estas actividades pueden incluir, pero no están limitadas a: el taller del desafío de cuerdas bajas, deportes de contacto físico, excursionismo, bicicleta, ejercicios de trabajo en equipo y más. Yo estoy de acuerdo en eximir, liberar y de no demandar a la Escuela para Sordos de Nuevo México (la escuela, el personal, los voluntarios, y/o los estudiantes) por pérdida de propiedad personal, lesión personal o corporal, o muerte, sufrida por mi hijo/a, que esté de alguna manera relacionado con su participación en cualquiera de las actividades durante el Fin de Semana "Connect" (dentro o fuera del plantel de la NMSD).

Firma del Padre/Guardián:

Fecha:

PERMISO PARA CEDER LA CUSTODIA

A continuación, están enlistadas las personas que pueden recoger a mi hijo/a, _____, y transportarlo/a desde el campus o el sitio acordado con el departamento de transporte de NMSD (si aplica). Yo entiendo que, al firmar este documento, una vez que mi hijo/a quede bajo la custodia del individuo listado a continuación, la Escuela para Sordos de Nuevo México queda libre de toda responsabilidad con el mismo. NMSD requiere que los individuos a continuación demuestran un carnet de identificación antes de recoger al estudiante.

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Solamente yo estaré recogiendo a mi hijo/a. (Marque aquí si nadie más tiene permiso de recoger a su hijo/a).

Firma del Padre/ Guardián:

Fecha:

PERMISO PARA TOMAR/USAR FOTOGRAFÍAS/VIDEOS

Por medio de la presente se le otorga a NMSD consentimiento para que tomen fotos, videos, imágenes digitales o electrónicas de mi hijo/a _____, con el propósito de informar a padres de familia, a estudiantes y/o al público en general sobre el evento. Las fotos y videos pueden ser utilizados en una variedad de publicaciones y en medios públicos: periódicos, revistas, folletos y en el sitio web de NMSD. El sitio web de NMSD es accesible en la Internet, y las imágenes serán usadas para apoyar a diversos tipos de información, como la de este evento. Se entiende que dichas fotos y videos pueden ser tomados durante las actividades durante el Fin de Semana "Connect", y que yo tengo el derecho a ver las fotos o videos terminados si así lo solicito. También se entiende que los estudiantes crearán un proyecto que requiere el uso de imágenes y videos, y que este proyecto puede ser presentado al final del evento.

Marque uno:

NMSD tiene permiso de tomar y usar fotos, videos, imágenes electrónicas o digitales, de mi hijo/a para los propósitos establecidos anteriormente.

NMSD no tiene permiso de tomar y usar fotos, videos, imágenes electrónicas o digitales, de mi hijo/a para los propósitos establecidos anteriormente.

Firma del Padre/ Guardián:

Fecha:

Cosas Para Traer al Evento

Cosas Para Traer:

- Ropa de cama, tamaño individual (saco de dormir y/o sábanas/cobijas, almohada etc.)
- Toalla para el baño
- Artículos de aseo personal
- Crema protector
- Lentes para el sol
- Cachucha o sombrero
- Ropa y zapatos confortables
- Botella para el agua

Cosas que NO se debe traer:

- Drogas/alcohol
- Teléfono móvil/juegos electrónicos
- Artículos de valor que se puedan perder o dañar

¡Nosotros esperamos verlos con mucha anticipación!

Declaración de Salud del Manzano Mountain Retreat – **Revisado 17-1-2014**

Las actividades propuestas por el Manzano Mountain Retreat (MMR) requieren ejercicios físicos los cuales en si son físicamente exigentes. Muchas de las actividades lo retarán físicamente y se le podrá subir la presión y el pulso. Para participar en el taller del desafío de cuerdas es fundamental que usted no tenga ninguna condición del corazón, ni otra enfermedad. Por lo tanto, exigimos que ningun participante tenga alguna condición médica ni física, porque podría causar un riesgo irreparable a esa persona o a una tercera que dependa de ella. Una buena condición física le permitirá disfrutar más de las actividades al aire libre. Si existe alguna duda acerca de la posibilidad de participar de manera segura en este evento, deberá contar con un examen físico. **(NOTA: si usted ha tenido algún problema con su corazón, va a necesitar que su doctor le brinde un formulario de exoneración de responsabilidad para poder participar en el taller del desafío de cuerdas).**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Dirección _____ Sexo _____
 Ciudad, Estado, Código postal _____ Edad _____
 Teléfono del trabajo _____ Teléfono del hogar _____
 Nombre del doctor _____ Fecha del último examen _____
 En caso de emergencia notificar a _____
 Domicilio _____ Teléfono del trabajo _____
 Ciudad, Estado, Código postal _____ Teléfono del hogar _____

Historial médico: (Encierre la respuesta apropiada y de responder **SÍ**, por favor explique).

¿Ha tenido o actualmente tiene problemas del corazón de algún tipo? (fechas): **(De responder afirmativamente se necesitará una nota del doctor)**

_____	SÍ	NO
¿Sufre de frecuentes dolores en el pecho? _____	SÍ	NO
¿Se desmaya frecuentemente o le dan ataques de mareos severos? _____	SÍ	NO
¿Alguna vez un doctor le ha dicho que tiene la presión alta? _____	SÍ	NO
¿Usted fuma? _____	SÍ	NO
¿Tiene artritis en las articulaciones o problemas con su espalda que se puedan empeorar con el ejercicio? _____	SÍ	NO
¿Ha tenido alguna operación o una lesión severa (fecha)? _____	SÍ	NO
¿Tiene alguna discapacidad o enfermedad crónica recurrente? _____	SÍ	NO
¿Hay alguna actividad que el doctor le limite o no recomiende que realice? _____	SÍ	NO
¿Tiene alguna alergia a medicamentos, insectos o polen? _____	SÍ	NO
¿Tiene epilepsia? _____	SÍ	NO
¿Tiene diabetes? _____	SÍ	NO
¿Tiene algún plan de comida recetado por un doctor o restricciones en su dieta? _____	SÍ	NO
¿Está actualmente enfermo y/o utilizando algún medicamento que no haya indicado anteriormente? _____	SÍ	NO
¿Usted cuenta con seguro médico familiar? _____	SÍ	NO

Compañía de seguro: _____ Numero de póliza: _____
 Sugerencias o información relacionada con su salud que el personal de MMR deba saber: _____

Declaración General de Salud: _____

REPRESENTACION Y AUTORIZACION DE EMERGENCIA

Hasta donde tengo entendido, este historial médico es correcto y mi salud es satisfactoria para participar en las actividades del taller del desafío de cuerdas. Por la presente doy permiso para que el personal médico seleccionado por Manzano Mountain Retreat ordene por mí inyecciones, anestesia y/u operaciones. Dicho permiso para el tratamiento de emergencia debe incluir, pero no se limita a, los cargos que ocurrieran por organizar y proveer evacuación, si Manzano Retreat Center o sus agentes determina que tal evacuación es necesaria o deseable. Además, estoy de acuerdo con asumir la responsabilidad de los costos de algún tipo de evacuación o cuidado médico especial y reconozco que estos costos son la responsabilidad económica del suscrito. Asimismo, entiendo y estoy en acuerdo con cumplir con las restricciones impuestas en mis actividades.

Nombre del participante: _____

Firma del participante o del guardián del participante si es menor de 18: _____ Fecha: _____

MANZANO MOUNTAIN RETREAT, LLC
ACUERDO PARA PARTICIPAR EN EL
TALLER DEL DESAFIO DE CUERDAS
RECONOCIMIENTO DEL POSIBLE RIESGO Y EXONERACION DE RESPONSABILIDADES
POR FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR

Revisado 17-1-2014

CONSIDERANDO QUE EL SUSCRITO (el SOLCITANTE) desea participar en el taller del desafío de cuerdas en Manzano Mountain Retreat (MMR), ubicado en Torreón, Nuevo México:

El suscrito reconoce que durante el taller que el Solicitante ha pedido participar, existen posibles riesgos y peligros. Estos incluyen, pero no se limitan a, los peligros del terreno montañoso, depender de otras personas y encontrarse en alturas de 40 pies, accidentes o enfermedades en lugares remotos sin una posta médica y vulnerables a los eventos de la naturaleza. Asimismo, el suscrito reconoce que estos riesgos pudieran incluir la pérdida o daño de artículos personales, daños físicos o psicológicos y/o lesiones, tampoco se excluye la fatalidad como consecuencia de un posible accidente, incluyendo accidentes debido al taller del desafío de cuerdas u otro tipo de actividad al aire libre. Además, tengo entendido que, al participar en estas actividades, estaré expuesto/a a los efectos de la altitud, de los elementos de la naturaleza y el posible mal tiempo. Igualmente, entiendo que, si sucede una emergencia la atención médica pueda estar a horas de distancia.

Declaro que estoy en perfectas condiciones físicas y emocionales, así como capacitado para participar en el taller del desafío de cuerdas. He listado en el Formulario de Declaración de Salud cualquier condición médica que MANZANO MOUNTAIN RETREAT deba saber que pueda impedir mi participación en el taller. **Sin embargo, tengo entendido que es mi completa responsabilidad el determinar si es que existe alguna razón de salud por la cual no debería ser parte del taller.**

En consideración con, y por el derecho a participar en dicho programa del MANZANO MOUNTAIN RETREAT, de sus Dueños, Empleados, Agentes, y/o Asociados, declaro tener y—por este medio—asumir todos los riesgos anteriormente indicados y cualquier otro riesgo ordinario incidental debido al evento en si los cuales no pueden ser previsibles. Por ende, exoneró al MANZANO MOUNTAIN RETREAT, sus Dueños, Empleados, Agentes, y/o Asociados y sus herederos, ejecutivos y administradores, sucesores y designados para todos los miembros de mi familia, incluyendo a algún menor que me acompañe de toda y cualquier carga, acción, causa de acción, deudas, queja y demanda de cualquier tipo, ya sea una lesión corporal, daño o pérdida de propiedad o de otro tipo; lo cual ahora presenta o pueda presentarse por conexión con—o por causa de—mi participación en cualquier actividad organizada por las entidades anteriormente mencionadas. En resumen, no puedo demandar MANZANO MOUNTAIN RETREAT y de hacerlo, no podría coleccionar dinero. Además, sería yo responsable por los gastos asociados de ABOGADOS y de la corte relacionados con cualquier demanda hacia MANZANO MOUNTAIN RETREAT. También declaro que no me encuentro bajo, y no estaré bajo, la influencia de ninguna sustancia química, incluyendo el alcohol. Estoy en completo conocimiento que mis actividades físicas involucrarán un riesgo de ser lesionado. También, tengo por entendido que mi participación en este Taller del Desafío de Cuerdas es completamente VOLUNTARIO. Me inscribo yo mismo en este programa y asumo la responsabilidad completa de mi decisión en participar o de no participar y estoy de acuerdo con cumplir las instrucciones de seguridad.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (POR FAVOR ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA)

FIRMA DEL PARTICIPANTE (18 AÑOS A MÁS)
O GUARDIAN SI MENOR DEL 18 AÑOS

FECHA