

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

LISTA DE COTEJO DE DOCUMENTOS A ENTREGAR

Estimado padre, madre o encargado:

Para nosotros, el Colectivo de Trabajo de ATACKPR HS Summer Camp, es bien importante que nos haya seleccionado este verano para ofrecer una experiencia de aprendizaje para su hijo(a). Por esta razón es importante que vea la lista de cotejo de los documentos o materiales que serán necesarios para llevar a cabo la experiencia de aprendizaje. **Su hijo(a) no podrá participar del Taller CompuCampus 2016 si alguno de estos documentos no se entrega.**

Documentos a entregar antes que comience el Taller ATACKPR HS Summer Camp

- FORMULARIO DE INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIANTE
- AUTORIZACION PARA RECIBIR SERVICIOS DE EMERGENCIA
- CONSENTIMIENTO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO
- CONSENTIMIENTO DE USO DE MATERIAL FILMICO O FOTOGRAFICO
- COMPROMISO DEL ESTUDIANTE
- AUTORIZACIÓN A EXCURSIONES
- AUTORIZACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE MERIENDA
- RELEVO DE RESPONSABILIDAD (SI APLICA)
- COPIA DE LA TARJETA DEL PLAN MÉDICO
- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Materiales que sugerimos para el periodo del taller

- Mochila con espacio para agua o meriendas
- Sombrilla pequeña
- Libreta para hacer anotaciones
- Lápices
- Abrigo (en los laboratorios la temperatura es fría)

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

FORMULARIO DE INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIANTE

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
<input type="text"/>			
Edad	Fecha Nacimiento: día/mes/año		Sexo
<input type="text"/>			
Teléfono(s)		Correo Electrónico	
<input type="text"/>			

DIRECCIÓN POSTAL

Firma del solicitante

Fecha

Firma del padre, madre o encargado

Fecha

Persona contacto en caso de emergencia

Números de teléfono

Favor devolver personalmente

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

CONSENTIMIENTO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO

Nombre del Estudiante _____ Sesión: 1 2

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____ Teléfono Emergencia _____
mes día año

Yo, _____, autorizo al personal médico y personal
(nombre del padre, madre o tutor legal del estudiante)

designado por el Departamento de Servicios Médicos de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de

Río Piedras, a que:

1. Cuando se acuda al Departamento de Servicios Médicos a solicitar servicios médicos se realice(n) el(los) procedimiento(s) de rutina, diagnóstico(s) conducente(s) a evaluar y dar tratamiento(s) médico(s) que sean necesario(s) a juicio del médico, siempre y cuando esté(n) de conformidad con la práctica usual y prevaleciente en el campo de la medicina.
2. Sé (sabemos) que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha(n) ofrecido garantía(s) sobre el resultado de los exámenes y tratamientos.
3. Esta autorización será válida mientras el estudiante de epígrafe participe del Taller de Verano ATACKPR HS Summer Camp, en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

CERTIFICO, que he leído (o se me ha leído) y entiendo perfectamente este consentimiento para practicar el(los) procedimiento(s) médico-quirúrgicos necesario(s). Que toda la información correspondiente ha sido suministrada en los espacios en blanco.

Firma padre, madre o tutor legal del estudiante

Fecha

Nota: Cuando el estudiante/paciente es menor de 21 años y no está emancipado, deberá traer este documento firmado por su padre, madre, o tutor legal.

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

AUTORIZACION PARA RECIBIR SERVICIOS DE EMERGENCIA

Yo _____
(Madre, Padre o encargado legal (en letra de molde)

Madre, padre encargada(o) legal de: _____
(nombre del participante)

Autorizo al Director(a) / o su representante autorizado del taller ATACKPR HS Summer Camp 2016 para que transporte a mi hijo(a), hasta las facilidades médicas más cercanas en caso de emergencia o enfermedad que amerite atención médica inmediata.

Entiendo que el/la Director(a) y/o su representante autorizado me notificará a la brevedad posible, todas las gestiones realizadas en beneficio de mi hijo(a).

Firma padre, madre o tutor legal del estudiante

Fecha

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE

PARTE A - INFORMACIÓN PERSONAL (PARA SER LLENADA POR los padres/madres o encargado legal))

Nombre del Padre: _____

Nombre de la madre: _____

En caso de emergencia favor notificar a:

_____ parentesco _____ teléfono _____

_____ parentesco _____ teléfono _____

PARTE B – CONDICIONES DE SALUD (PARA SER LLENADA POR los padres/madres o encargado legal))

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado			
<input type="checkbox"/> Alteraciones Emocionales	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Pulmonía
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> Infecciones Garganta Frecuentes	<input type="checkbox"/> Sarampión Alemán
<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/> Enfermedad Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Sarampión Común
<input type="checkbox"/> Asma Bronquial	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Tonsilitis
<input type="checkbox"/> Catarros Frecuentes	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otitis Media	<input type="checkbox"/> Traumatismos Severos
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Defecto del Habla	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Poliomieltis	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Defecto Secundario de Audición	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> Varicelas
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas Intestinales Crónicos	
<input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos	
Hospitalizaciones o enfermedades en el último año:			

Alergias a medicamentos o alimentos:
Operaciones:
Otros problemas de salud:
Indique tratamiento actual, si alguno:

Firma del padre, madre o encargado

Fecha

ATACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Certifico como padre, madre o encargado legal de _____,
menor de edad, y participante del Taller ATACKPR HS Summer Camp 2016, que por la
situación que describo a continuación, (**párrafo 2**)

Entiendo que libre y voluntariamente, al firmar este documento, relevo de toda
responsabilidad legal al Taller ATACKPR HS SUMMER CAMP, Recinto de Río Piedras,
Universidad de Puerto Rico, sus empleados, funcionarios, directores y sus sucesores por los
daños y perjuicios que sufra como consecuencia de hechos relacionados directa o
indirectamente por la situación que describo en el párrafo2.

Este relevo es sin caducidad durante el periodo y condiciones que ha establecido el Taller
ATACKPR HS Summer Camp por lo que no se requiere renovación del mismo. Por las
situaciones que describo consiento y autorizo.

Nombre padres, madres, tutor legal

Firma Director ATACKPR HS Summer Camp

Fecha

Firma padres, madres, tutor legal

Fecha

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

AUTORIZACION A EXCURSIONES

Los padres, madres y/o encargados(as) serán responsables de los costos adicionales que requieran estas excursiones (Ej: boleto de entrada, materiales y /o alimentos adicionales).

Las excursiones son las siguientes:

1. Recorrido por el museo y la torre de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

Se informará a los padre, madres y /o encargados(as) legales las fechas en las cuales se realizarán estas excursiones. Las mismas están dentro del calendario de servicios establecido por el ATACKPR HS Summer Camp. Adicional a estas excursiones, si en los predios del Recinto Universitario se ofrecen diversas actividades a la comunidad y éstas son pertinentes, los estudiantes de ATACKPR HS Summer Camp podrán participar en las mismas.

Autorizo a mi hijo(a) _____ a participar en todas las excursiones y/o actividades que ofrezca ATACKPR HS Summer Camp 2016.

Firma del padre, madre o encargado

Fecha

NOTA: Las fechas y los lugares están sujetos a cambio de acuerdo al cupo del lugar y la disponibilidad.

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

AUTORIZACION A PARTICIPAR DE MERIENDAS

Deseo que mi hijo(a) _____
participe diariamente de la meriendas ofrecidas en el taller.

Comentario: _____

(Es importante que en los comentarios indique algún aspecto relacionado a dietas especiales y /o alimentación)

Firma del padre, madre o encargado

Fecha

NOTA: Recomendamos que su niño o niña llegue desayunado al taller.

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

COMPROMISO DEL ESTUDIANTE

Yo _____, durante el taller **ATAACKPR HS Summer Camp**, me comprometo a cumplir los siguientes acuerdos. Estos acuerdos tienen el propósito de señalar los derechos y deberes de los estudiantes que participamos del ATACKPR HS Summer Camp en el Recinto de Río Piedras, así como las disposiciones que aseguren el orden y la normalidad necesarios para hacer posible la convivencia diaria en la comunidad universitaria, según establecidos por la Ley. Me comprometo a:

Acuerdos

1. Cumplir con el REGLAMENTO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
2. Cumplir con el REGLAMENTO DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
3. Leer y cumplir con el **PROTOCOLO DE SEGURIDAD**
4. Cumplir con las normas contra el acoso escolar. Las leyes 37 y 29 del 2008 establecen una serie de iniciativas importantes en un esfuerzo para prevenir la agresión y el maltrato entre compañeros en centros de estudio. "Consideramos como acoso escolar o **"bullying"** todo gesto intencional o conducta que conlleve agresividad, ofensa, amenaza o deshumanización. Esto incluye conducta de tipo verbal, escrita o a través de medios electrónicos durante el horario del Taller ATACKPR HS Summer Camp o fuera del mismo cuando de alguna forma repercuta en el entorno del taller "(ATAACKPR HS Summer Camp 2016).
5. Cumplir las instrucciones dadas por el maestro(a) y mi líder de grupo
6. Utilizar la computadora, equipos y materiales sólo cuando se me autorice.
7. Participar en las actividades siguiendo el turno dado y el orden establecido.

A cambio, disfrutaré de:

1. Todas las actividades dadas en los talleres de ATACKPR HS Summer Camp 2016.
2. Participar en los juegos y las salidas al patio o a excursiones.
3. Utilizar las facilidades y materiales durante los talleres.
4. Del reconocimiento y respeto del profesor(a), mi grupo y mi líder de grupo.
5. Prepararme para mi futuro desarrollo profesional u ocupacional.

En caso de no cumplir con alguno de los acuerdos:

1. Participaré de una reunión con el Director(a) de ATACKPR HS Summer Camp 2016 junto a la / el líder del grupo donde reflexionaremos sobre la situación surgida.
2. Cuando ocurra por segunda vez participaré de una reunión con el Director(a) de ATACKPR HS Summer Camp 2016 junto a la / el líder del grupo y se le notificará a mis padres o encargados(as).
3. Cuando ocurra por tercera vez se le notificará a los padres y se cancelará mi participación en ATACKPR HS Summer Camp 2016.

Certifico que he leído y discutido este compromiso con mis padres y/o tutor legal y ambos nos comprometemos a observar el mismo para la sana convivencia en el Taller ATACKPR HS Summer Camp 2016.

Firma del estudiante: _____

Firma de los padres o encargado legal

Fecha

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

CONSENTIMIENTO DE USO DE MATERIAL FILMICO O FOTOGRAFICO

Con el interés de recopilar y divulgar los logros del **Taller ATACKPR HS Summer Camp** se estará recopilando evidencia de los trabajos de las y los jóvenes así como de los miembros del colectivo de trabajo. Solicitamos su consentimiento para la toma de fotos y vídeos relacionados al proyecto. La autorización y consentimiento se evidenciará a través de su firma.

Yo _____ (madre, padre o
encargado legal) autorizo que mi hijo(a)

_____ pueda ser fotografiado(a)
cuando participe de las actividades del Taller **ATAACKPR HS Summer Camp 2016** con el
único propósito de documentar y evidenciar las mismas. Estoy informada(o) y entiendo que
el material que autorizo se utilice con fines educativos del proyecto.

Firmado hoy ____ de _____ de 2016 en _____, P.R.

_____ Nombre en letra de molde

ATAACKPR HS Summer Camp- Verano 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción:

Usted ha sido invitado/a a participar de una investigación que forma parte del proyecto Academics and Training for the Advancement of Cybersecurity Knowledge in Puerto Rico (ATAACK-PR).

Esta será realizada por los profesores José Ortíz Ubarri, Patricia Ordoñez, Rafael Arce Nazario del Departamento de Ciencia de Cómputos de la UPR-RP, y Joseph Carroll de la Facultad de Educación de la UPR-RP.

Los estudiantes que participaran de esta investigación son los participantes del taller ATAACKPR HS Summer Camp. Esperamos que participen alrededor de 45 estudiantes. Como estudiante de este taller, solicitamos su consentimiento para participar de esta investigación, que consiste en evaluaciones de aprendizaje y efectividad de los talleres diseñados. Su participación consistirá en contestar formularios de satisfacción y participación en grupos focales con el evaluador del proyecto. Los resultados de los formularios nos permitirán evaluar la efectividad del taller.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, puede comunicarse con el investigador principal, el profesor José Ortiz-Ubarri a la extensión 88351 del cuadro principal de la UPRRP 787-764-0000.

Riesgos y beneficios:

Esta investigación no conlleva ningún riesgo mayor que la incomodidad al completar la encuesta. Este riesgo es mínimo ya que cada prueba sólo tomará alrededor de 10 minutos para ser contestada y las contestaciones sólo se utilizarán para análisis y avalúo de las actividades posteriores y no para nota o resultado del taller. La identidad del estudiante no se divulgará. El beneficio principal de participar en esta investigación es contribuir al desarrollo y mejoramiento del taller.

De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la Oficial de Cumplimiento del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, al teléfono 787-764-0000, extensión 2515 ó a cipshi@degi.uprrp.edu.

Confidencialidad:

Los formularios serán suministradas utilizando el Internet y almacenadas en bases de datos protegidas con autenticación; de esta manera nadie podrá identificar el o la participante. Esto implica que la información que se provea se mantendrá confidencial dentro de los límites de la ley o mientras no exista peligro para el/la participante o terceras personas. En las publicaciones que resulten sólo se informarán resultados estadísticos de datos cuantitativos, y no se revelará la identidad de los participantes.

La información que maneje en la computadora que utilice puede ser intervenida o revisada por terceras personas. Estas personas pueden ser personas con acceso legítimo o ilegítimo a la computadora y su contenido como un familiar, patrono, intrusos o piratas informáticos ("hackers"), etc. Además, en la computadora que utilice puede quedar registro de la información que acceda o envíe por Internet.

Oficiales del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico o de agencias federales responsables de velar por la integridad en la investigación podrían requerir al investigador los datos crudos obtenidos en este estudio, incluyendo este documento.

Consentimiento:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar en la **segunda fase** de esta investigación después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del estudiante

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha