



Estimado(a) padre/madre o tutor:

Su hijo(a) ha elegido participar en WildLink, un programa de NatureBridge. La meta de WildLink es **dar a la juventud una serie de experiencias en la naturaleza y en sus hogares que fomentarán su conexión con las áreas silvestres y les darán poder como líderes de su comunidad.** Los estudiantes reclutados para su participación en WildLink son considerados jóvenes con potencial para ser líderes futuros entre sus compañeros y sus comunidades en lo general.

Tenga en cuenta que existen ciertas expectativas sobre los estudiantes que son seleccionados para participar en WildLink. Su hijo(a) se está comprometiendo con el programa por un año completo, a veces más de un año dependiendo de las fechas seleccionadas para los diversos programas. Durante este año, cada participante de WildLink tendrá diversas oportunidades para participar en el programa, lo que incluye, de manera no limitativa:

- Una expedición de seis días acampando en la naturaleza del Parque Nacional Yosemite
- Un fin de semana en familia con nuestro WildLink Family Weekend
- Una variedad de presentaciones y proyectos de liderazgo con los aliados de WildLink a través del Programa Wilderness Ambassador.
- Programa Career Connection.
- Actividades realizadas por el Servicio Nacional de Parques (NatureBridge no participa ni en la administración ni en la supervisión de estas actividades).

La transportación a las actividades del programa WildLink la debe proporcionar usted, la escuela o grupo del menor o deberá hacer los arreglos con otros participantes para compartir automóvil. NatureBridge no proporciona dicha transportación.

Los formularios de registro que usted presenta a nombre del menor a su cargo se usarán durante todo el año y serán aplicables a las actividades de WildLink antes descritas y a los programas o actividades que se pudieran agregar posteriormente. Incluido en dichos formularios está nuestro documento de "Registro, examen médico y acuerdo del participante". El acuerdo del participante incluye, entre otras disposiciones importantes, el acuerdo donde se requiere que usted y el menor a su cargo asuman los riesgos de las actividades de NatureBridge y liberen a NatureBridge de cualquier reclamación por daños y perjuicios u otras pérdidas resultado de los programas y actividades que ofrece, que incluyen las antes descritas. Lea cuidadosamente el documento del acuerdo del participante. Su firma al final de esta carta representa su aceptación de que la participación del menor a su cargo en el programa WildLink está sujeta a los términos de dicho Acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre o tutor  
en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante participante

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Contrato Estudiantil

Nuestro compromiso es proveer nuevas experiencias, oportunidades para aprender con diversión y aventuras seguras. Para asistir el programa WildLink, tienes que hacer tu propio compromiso que vivieras de acuerdo con las siguientes directivas. Si estás de acuerdo con las directivas, firma las siglas al lado de cada uno y firma tu nombre al fin.

### AGREEMENTS

- Yo entiendo que una violación de cualquier directiva resultara que vuelva a mi comunidad al expenso de mis padres/guardianes.
- Estoy de acuerdo en participar a la habilidad máxima por el programa WildLink. Entiendo que mi experiencia y las experiencias de otros estudiantes dependen de participación completa.
- Estoy de acuerdo en tratar los compañeros, adultos, y todos los empleados de NatureBridge y el Servicio de Parques Nacionales con respeto. Entiendo que la manera de hablar e interrelacionarse con otros sea importante. Estoy de acuerdo de no dañar o amenazar otras personas. No voy a discriminar por raza, cultura, religión, idioma, habilidad o necesidades especiales. Entiendo que voy a ser parte de una comunidad separada de sociedad en las montañas y mi comportamiento es importante a tener éxito durante la expedición.
- Estoy de acuerdo en respetar la privacidad, propiedad, y emociones de otros. Entiendo que voy a vivir juntos con otros estudiantes en cabinas y carpas, y quizás compartir facilidades con otros grupos o visitantes del público.
- Estoy de acuerdo en seguir las reglas sobre las cabinas y carpas, incluso quedarme afuera de las cabinas y carpas de otros estudiantes y mantener el silencio durante las noches para que todos duerman bien para poder participar y mantener la salud.
- Estoy de acuerdo en seguir reglas de los empleados de WildLink. Entiendo que faltar seguir reglas en el medioambiente de las montañas pueda ponerme en peligro.
- Estoy de acuerdo en respetar todas las facilidades y los recursos naturales de los parques nacionales. No voy a participar en vandalismo y voy a seguir todas las reglas del monte, como dictado por los empleados de WildLink. Entiendo que faltar seguir las reglas pueda dañar el medioambiente y causar daño al programa WildLink.
- Estoy de acuerdo en no traer drogas sin prescripción, cigarrillos, armas, cuchillos, ni alcohol al programa WildLink.
- Estoy de acuerdo en seguir la lista de equipamiento y traer todas las cosas que necesito para ser cómodo y seguro en la expedición al monte. También, escuchare a los consejos dicho por los empleados WildLink sobre que traer y dejar durante la expedición. Entiendo que violación de estos consejos pueda dañar los animales del monte o mi propia seguridad.
- Estoy de acuerdo en siempre avisar un adulto a donde voy y nunca caminaré solo.

---

*Signature*

---

*Date*





## INSCRIPCIÓN, EVALUACIÓN MÉDICA Y ACUERDO DEL PARTICIPANTE

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE DOCUMENTO Y ANOTE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA CON LETRA LEGIBLE Y TINTA. ASEGÚRESE DE PONER SU FIRMA Y LA FECHA EN EL ESPACIO PARA ELLO EN LA ÚLTIMA PÁGINA. LOS FORMATOS CON DATOS INCOMPLETOS O SIN FIRMAR PUEDEN DEMORAR O IMPEDIR LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA. EL PADRE O TUTOR DEBE LLENAR Y FIRMAR POR LOS MENORES DE EDAD.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado C.P. Correo electrónico Teléfono

El participante es: Un Menor  Usted  Un Maestro  Un Padre/Chaperón

Nombre del (de los) Padre(s) o Tutor(es) (si el Participante es un menor): (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

Dirección del (de los) Padre(s)/Tutor(es) (si es distinta a la arriba indicada):

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado C.P. Correo electrónico Teléfono

Grupo étnico del Participante: Blanco  Negro  Asiático  Hispano  Nativo americano  Otro

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del profesor titular o del contacto del grupo: \_\_\_\_\_

### CONTACTOS DE EMERGENCIA: El padre o tutor deberá ponerse como primer contacto en caso de emergencia

(1) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono por las tardes \_\_\_\_\_ Celular/Radiolocalizador [pager] \_\_\_\_\_

(2) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono por las tardes \_\_\_\_\_ Celular/Radiolocalizador [pager] \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SALUD: LLENE EN SU TOTALIDAD \*NO SE REQUIERE FIRMA DE UN MÉDICO\*

¿Tiene o ha tenido el Participante alguna de las condiciones o síntomas siguientes?

Condiciones médicas actuales		Enfermedades		Alergias	
1. Desórdenes sanguíneos/de coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	19. Yodo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. Hiedra venenosa [poison oak]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Infección de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	21. Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Defectos cardiacos/Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. Fecha de la última vacuna contra el tétano:		22. Abejas/Avispas/Insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			22. Alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Padece de convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			24. Otras alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Inmunocomprometido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Si el Participante tiene alergias:</b>	
9. Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			25. ¿Carga con su propia epinefrina o Epi-pen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Moja la cama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			26. ¿Carga su propio inhalador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
12. ¿Hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				



Si contestó "sí" a cualquiera de los puntos anteriores, explíquelo a continuación. Proporcione el número correspondiente. (Agregue páginas adicionales de ser necesario.)

Table with 2 columns: Pregunta No., Explicación

¿Está el Participante tomando algún medicamento?  Sí  No

Enumere todos los medicamentos que está tomando el Participante y la finalidad de cada uno.\*\*

Blank line for listing medications

\*\*El Participante debe seguir tomando todos sus medicamentos durante el Programa a menos que su doctor indique otra cosa.

¿Puede el Participante participar en una caminata de 5 millas?  Sí  No

¿Hay alguna restricción en la actividad física del Participante?  Sí  No

Describe it

¿Es el Participante alérgico a algún alimento? Especifique

¿Tiene el Participante restringida la ingesta de algún alimento? Especifique

Proporcione cualquier información adicional que considere deberíamos saber para ayudarnos a dar una experiencia de calidad para el Participante.

Blank line for additional information

Nombre del médico Número de teléfono

Compañía de seguro médico

# Póliza/# ID Nombre del beneficiario

Se adjunta información adicional:  Sí  No

ACUERDO DEL PARTICIPANTE (INCLUYE LA ACEPTACIÓN DE RIESGOS, DESCARGO E INDEMNIZACIÓN) REQUERIDO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE ACUERDO. AFECTA LOS DERECHOS LEGALES DE LOS PARTICIPANTES O DE SUS FAMILIAS EN CASO DE LESIÓN U OTRA PÉRDIDA.

Todos los participantes de 18 años en adelante, incluidos todos los maestros y chaperones (en lo sucesivo "Participantes adultos"), deben firmar este Acuerdo del Participante. Al menos un padre o tutor (ambos en lo sucesivo "Padre") deben firmar en su nombre y representación individualmente así como en nombre y representación de su menor hijo o protegido (en lo sucesivo "Participante menor"). El término "Yo" como se usa en este Acuerdo del participante se refiere al Participante Adulto y/o Padre. El término "Programa" se refiere al programa NatureBridge en que se ha inscrito un Participante.

En contraprestación del Programa, los servicios, beneficios y amenidades provistos por NatureBridge, una sociedad sin fines de lucro para el beneficio público, manifiesto por este medio mi entendimiento, confirmación y acuerdo como a continuación:

Actividades y riesgos

Las actividades varían de un programa al otro y pueden incluir caminatas, actividades de cuidado del medio ambiente (por ejemplo, remoción de plantas y mantenimiento de caminos), mochilear, esquí, paseos con raquetas de nieve, buceo con esnórquel, paseos en kayak, paseos en



canoas y otras excursiones acuáticas. Algunos programas incluyen viajes en vehículos de NatureBridge conducidos por empleados de NatureBridge. Entiendo que este Programa expone a sus Participantes a una variedad de riesgos y peligros, previstos e imprevistos, algunos de los cuales son inherentes y no se pueden eliminar sin alterar de manera fundamental el carácter único del Programa. Estos riesgos inherentes incluyen, de manera no limitativa, riesgos y peligros ambientales, que incluyen aguas en movimiento, profundas o frías; plantas, insectos, víboras y depredadores, que incluyen animales de gran tamaño, piedras en caída o rodantes; relámpagos; y fuerzas impredecibles de la naturaleza, que incluyen clima que puede cambiar a condiciones extremas sin aviso. Las lesiones y enfermedades posibles incluyen reacciones alérgicas, que incluyen, de manera importante, anafilaxia, hipotermia, quemaduras por frío, enfermedades por altitud, quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación, enfermedades infecciosas, lesiones osteomusculares y otras condiciones o lesiones leves o graves, que incluyen la muerte. La evacuación de emergencia y cuidado médico puede demorarse 24 (veinticuatro) horas o más debido a las ubicaciones remotas de algunas actividades del Programa.

### **Aceptación de los riesgos**

Entiendo que la descripción anterior de los riesgos involucrados en las actividades de NatureBridge no está completa y que otros riesgos pudieran resultar en pérdidas patrimoniales, lesiones personales o la muerte. Para mí y para el Participante menor, acepto asumir, en la medida máxima que permita la ley, los riesgos de participación, conocidos y por conocer, inherentes o no, y sea o no que dichos riesgos se hayan descrito en los párrafos anteriores. Entiendo que la participación en este Programa es completamente voluntaria y consiento la participación con pleno conocimiento de la naturaleza riesgosa del Programa. Si el Participante es un menor de edad, he hablado con él o ella de las actividades y riesgos y el menor desea participar a pesar de ellos.

### **Descargo e indemnización**

Yo, como Participante adulto o Padre de un Participante menor, en mi nombre y representación y en nombre y representación de ese Participante menor, estoy de acuerdo en liberar, indemnizar, proteger y tener a salvo, y prometo no demandar, a NatureBridge y/o sus institutos afiliados y/o cualquiera de sus funcionarios, consejeros, empleados, contratistas y aseguradoras correspondientes (las "Partes Relevadas"), con respecto a cualquiera de las reclamaciones, demandas, daños, pérdidas o responsabilidades, que incluyen, de manera no limitativa, las reclamaciones por lesiones personales o muerte, que Yo o mi Participante menor podamos sufrir, como resultado o relacionado de cualquier manera con mi participación, o la de mi Participante menor, en el Programa. Las reclamaciones relevadas e indemnizadas por el presente documento incluyen aquellas causadas o resultantes de la negligencia de una Parte relevada, o cualquiera de ellas, pero no aquellas causadas o resultantes de un acto u omisión temerario o ilícito doloso. Si una Parte relevada debe defenderse por cualquier reclamación presentada por mí y/o en mi nombre y representación o en nombre y representación de un familiar y/o mi Participante menor, Yo o los herederos o albaceas míos y/o del Participante menor acordamos pagar dichos costos de litigio y honorarios legales de dicha Parte relevada si la Parte relevada se defiende con éxito contra dicha reclamación y en la medida que así lo haga.

### **Consideraciones médicas**

Declaro que la información médica antes provista es correcta y completa a mi mejor entender.

Autorizo al personal de NatureBridge que ha recibido capacitación adecuada para administrar primeros auxilios básicos y medicamentos de venta libre, que incluyen aspirina, Tylenol, ibuprofeno, Benadryl, Neosporin, Pepto-Bismol y otros similares. Entiendo que el personal de NatureBridge no carga con epinefrina para el tratamiento de reacciones alérgicas potencialmente letales que pudieran ocurrir durante el Programa. Si el Participante menor tiene una alergia conocida potencialmente letal, o si Yo he recibido aviso de que él o ella deberán estar preparados para una reacción alérgica posiblemente grave, mi Participante menor ha sido provisto con epinefrina autoinyectable y las instrucciones de un médico para su uso y Yo he instruido a mi Participante menor para tenerla disponible en todo momento durante el Programa. Si mi Participante menor está inscrito en el Programa como parte de una escuela u otro grupo, he informado también a la persona a cargo de la escuela u otro grupo de esta alergia y cualquier medida de protección aplicable prescrita por un médico.



Autorizo a cualquier chaperón adulto o miembro del personal de NatureBridge a procurar cuidado médico para mi Participante menor (o para mí, si no pudiera expresar mi consentimiento), y para dar consentimiento para cualquier rayos X, examen, anestesia, diagnóstico, tratamiento y/o cuidado hospitalario que pueda recomendar un doctor y/o dentista certificado. En caso de enfermedades o lesiones menores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme a la brevedad posible. En caso de enfermedades o lesiones mayores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme antes del inicio de cualquier tratamiento médico, a menos que la condición del Participante menor sea tal que se deba comenzar el tratamiento de inmediato antes de poder establecer contacto conmigo. Incluso si no me pueden contactar, esta autorización se mantiene en pleno vigor y efecto.

Yo acepto asumir la total responsabilidad financiera por los costos de cualquier evacuación y/o cuidado/tratamiento médico que Yo o mi Participante menor podamos recibir.

**Otras disposiciones**

Yo acepto que NatureBridge y sus representantes pueden usar, sin restricción ni compensación, mi imagen o la de mi Participante Menor, ya sea en fotografías o video, así como en cualquier escrito, obra de arte y/o testimonial creado por mí o mi Participante menor y proporcionado a NatureBridge. Yo acepto que una vez enviados, estos materiales se volverán propiedad de NatureBridge.

Entiendo que durante parte del Programa, mi Participante menor estará bajo la supervisión de maestros, chaperones y otros adultos que no son empleados de NatureBridge y que no han sido seleccionados por NatureBridge ni están bajo la supervisión de NatureBridge. Yo entiendo y acepto que NatureBridge no es responsable por las acciones de dichas personas.

NatureBridge usa contratistas independientes para algunos servicios y dichos contratistas independientes, y no NatureBridge, son los únicos responsables por cualquier pérdida o lesión causada por sus actos u omisiones.

Entiendo que este Acuerdo del participante está contemplado por NatureBridge para tener un efecto tan amplio como lo permita la ley, y que si cualquiera de las secciones de este Acuerdo del participante se determina inválida por cualquier razón, el resto del Acuerdo del Participante se mantendrá válido y con plena exigibilidad.

Acepto que si surge una controversia entre mí y mi Participante menor, por un lado, y una Parte relevada, por el otro, dicha controversia será regida por el derecho sustantivo del Estado de California y que cualquier demanda contra cualquiera de las Partes Relevadas será presentada y mantenida en un tribunal de la jurisdicción competente en el Condado de San Francisco, California.

He leído cuidadosamente este Acuerdo del Participante y entiendo sus términos, por lo que lo firmo voluntariamente. Todas las preguntas que tenía respecto al Programa fueron respondidas a mi satisfacción.

Se me ha asesorado consultar con un abogado de mi elección si tengo preguntas respecto a la traducción de este Acuerdo del Participante. Entiendo y en caso de cualquier problema con respecto a la traducción, prevalecerá la versión en inglés de este Acuerdo del Participante.

**Nombre del Participante** \_\_\_\_\_  
**Nombre con letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor**  
 (por el Participante menor)

\_\_\_\_\_  
**Nombre con letra de molde**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Firma del Participante adulto (si tiene 18 años de edad o más)**      **Fecha**  
 14836-3440-4873

## Acuerdo de servicios voluntarios para agencias de recursos naturales para individuos o grupos

Use letra de molde para completar este formulario (agregue una hoja adicional para los datos que no quepan en los espacios permitidos).

Nombre del sitio/Líder de proyecto <b>Yosemite National Park</b>		Agencia Parque del Servicio Nacional	Reembolso (si corresponde) <b>NONE</b>	
Nombre del líder del grupo: Apellido, nombre y segundo nombre <i>(DEL COLEGIO)</i>		[REDACTED]		
Dirección de correo electrónico <b>DEL LÍDER DEL GRUPO</b>		Teléfono particular <b>DEL LÍDER DEL GRUPO</b>	Teléfono celular <b>DEL LÍDER DEL GRUPO</b>	
Dirección <b>DEL LÍDER DEL GRUPO/COLEGIO</b>		Ciudad	Estado	Código postal

SI EL VOLUNTARIO ES MENOR DE 18 AÑOS: Nombre del padre o guardián legal.		Teléfono particular	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Afirmo ser el padre/guardián del voluntario nombrado anteriormente. Comprendo que el programa de voluntarios de la agencia no ofrece una compensación, salvo cuando esté establecido por ley; y que el servicio no le conferirá al voluntario el estado de empleado federal. He leído la descripción adjunta del servicio que realizará el voluntario. Doy mi permiso para que NOMBRE DEL ALUMNO participe en la actividad voluntaria especificada patrocinada por NatureBridge en Parque Nacional Yosemite (Nombre de la organización patrocinadora, si corresponde) (Nombre del lugar de servicio del voluntario)

Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ (Fecha) (Fecha)

*FIRMA!*

Nombre de contacto de emergencia		Teléfono particular	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

### ESTA SECCIÓN ES COMPLETADA POR UN FUNCIONARIO DEL GOBIERNO

**X** Descripción del servicio a realizar. Incluya detalles como compromiso de tiempo y horarios, uso de equipos personales, vehículo del gobierno, habilidades requeridas (indique certificaciones de ser necesario), nivel de actividad física requerido, etc. Adjunte una descripción laboral completa y el análisis de riesgos laborales a este formulario. Si este es un acuerdo grupal, el líder debe indicar el nombre del grupo, una lista completa de participantes del grupo que será adjuntada a este formulario y la aprobación completada de los padres (arriba) en el caso de los voluntarios menores de 18 años.

¿Se requiere un vehículo del gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Licencia estatal de conducir válida <input type="checkbox"/> Licencia de conducir internacional
¿Se usará un vehículo personal? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Verifique que el voluntario posea uno de estos documentos. NO conserve una copia del documento para el archivo del voluntario.

Comprendo que no recibiré ninguna compensación por el servicio nombrado anteriormente y que los voluntarios no son considerados empleados federales en ningún sentido salvo en demandas por responsabilidad extracontractual y compensación por lesiones. Comprendo que el servicio voluntario no puede acumular licencias ni gozar de ningún otro beneficio propio de los empleados. También comprendo que tanto el gobierno como yo podemos cancelar este acuerdo en cualquier momento notificando a la otra parte.

Comprendo que mi posición de voluntario puede exigir una verificación de referencias, una investigación de antecedentes y/o un pedido de antecedentes penales para que yo pueda realizar mi trabajo.

Comprendo que todas las publicaciones, películas, diapositivas, videos y tareas artísticas o similares que surjan de mi servicio voluntario, según lo especificado en la descripción laboral adjunta, pasarán a ser propiedad de los Estados Unidos y, como tales, serán de dominio público y no estarán sujetas a leyes de propiedad intelectual.

Comprendo los requisitos de salud y condición física para realizar el trabajo descritos en la descripción de trabajo y en el lugar del proyecto y certifico que la afirmación que he tildado a continuación es verdad:

- No tengo conocimiento de ninguna condición médica o limitación física que pueda afectar negativamente mi capacidad de brindar este servicio.
- Tengo conocimiento de una condición médica o física que puede afectar negativamente mi capacidad de brindar este servicio y se la he explicado a \_\_\_\_\_  
(Nombre de funcionario de la agencia)

Por el presente documento, ofrezco mis servicios voluntarios como se describe anteriormente, para ayudar en tareas autorizadas por la agencia. Acepto seguir todas las directrices de seguridad aplicables.

**FIRMAR** → \_\_\_\_\_  
(Firma del voluntario) \_\_\_\_\_  
(Fecha)

La agencia nombrada anteriormente acepta, mientras esté en vigencia este acuerdo, brindar materiales, equipos e instalaciones que estén disponibles y sean necesarios para realizar el servicio descrito anteriormente y considerar que usted es un empleado federal solo en demandas por responsabilidad extracontractual y compensación por lesiones en la medida en que no esté cubierto por su grupo de voluntarios, si corresponde.

**X** \_\_\_\_\_  
(Firma del representante del gobierno) \_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Terminación del acuerdo**

**X** El voluntario solicita una evaluación formal  Sí  No Evaluación completada \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Acuerdo terminado el \_\_\_\_\_  
(Fecha) \_\_\_\_\_  
(Firma del representante del gobierno)

**Declaración de carga pública**

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, las agencias no pueden realizar o patrocinar una recolección de información, y no se exige que las personas respondan a dicha recolección, salvo que tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido correspondiente a esta información es 0596-0080. Se estima que el tiempo requerido para completar esta recolección de información es de un promedio de 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos [U.S. Department of Agriculture (USDA)] y el Departamento del Interior de los EE.UU. [U.S. Department of the Interior (USDI)] prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades con base en la raza, el color, el origen nacional, el género, la religión, la edad, la discapacidad, las creencias políticas, la orientación sexual y el estado marital o familiar. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas). Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación de información sobre el programa (braille, letras grandes, audio, etc.) deben comunicarse con el Centro TARGET del USDA al 202-720-2600 (voz y TDD).

Para presentar una demanda por discriminación, escribir a: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llamar al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TDD). El USDA y el USDI son proveedores y empleadores que brindan igualdad de oportunidades.

**Declaración sobre la Ley de Privacidad**

La recolección y el uso de información están cubiertos por el Sistema de Registros OPM/GOVT-1 y USDA/OP-1 de la Ley de Privacidad y concuerdan con las disposiciones de 5 USC 552a (Ley de Privacidad de 1974), que autorizan la aceptación de la información solicitada en este formulario. Los datos serán usados para mantener registros oficiales de voluntarios del USDA y el USDI para demandas por responsabilidad extracontractual y compensación por lesiones. Estos datos se proporcionan de manera voluntaria. Sin embargo, si este formulario está incompleto, no puede completarse la inscripción en este programa.



## Lista de Equipo Para Expediciones

### Estudiantes TIENEN QUE traer los siguientes:

- Medicaciones personales. Menores de edad entregarán todas las medicinas incluso los de venta libre a un adulto para distribución.
- Ortesis de rodilla/tobillo (si los utilices para deporte)
- 1 par de pantalones – estilo nilón deportivo es bueno porque seca muy rápido. Absolutamente no jeans ni sweats de algodón.
- 2 camisetitas – sintético es preferible, pero algodón está bien.
- Botas de excursión o zapatos deportivos con buena suela. Deben ser cómodos. No zapatos Vans, Converse, etc. con malas suelas.
- 1 par de pantalones calientes para llevar en la carpa por la noche. Sweats, pantalones de fleece o pijamas son buenos. NO jeans.
- Anteojos para el sol
- Sombrero – para proteger la cara del sol
- Chapstick
- Cepillo de dientes, un tubo pequeño de pasta dental
- Mochila (para clases) – para la primera caminata corta
- Productos de higiene femenina en un Ziploc – lo que es necesario para la duración de la excursión

### **\*\*Porque no sea bueno el algodón?\***

Quando sea frío y haya mucha lluvia, algodón no se insula muy bien, no se seca, y se saca el calor del cuerpo. Se resulta estudiantes fríos y mojados. Ropa sintética y de lana guarda el calor del cuerpo, ni importa si sea mojado o seco.

### Equipo Opcional:

- 1 par de pantalones cortos – para las estaciones calientes
- Una cámara. No puede traer su teléfono celular durante la excursión al monte, sino puedes traer una cámara digital o disponible puedes utilizar una cámara WildLink. Las fotos de las cámaras WildLink serán puesto por el sitio del web, Flickr para todos los alumnos al fin de la excursión.
- 1 par de zapatos y sandalias extras para cruzar riachuelos (no es siempre necesario, pero bueno durante la primavera)
- Otras cosas para las primeras noches cuando se queden dentro de cabinas – almohada, suéter de algodón, chaqueta, jeans, champú, jabón, toalla, desodorante, teléfono. NO PUEDES traer estas cosas en la excursión al monte, pero serán cómodos durante los primeros días.

### Absolutamente NO:

- Drogas y alcohol. Es un CRIMEN FEDERAL dentro de los parques nacionales y somos requeridos informar los policías federales de todas las instancias de posesión.
- Cuchillos, incluso navajas. Los empleados de WildLink los llevaran, pero estudiantes no lo pueden.

### WildLink proveera todo lo siguiente. Si tienes su propio equipo, lo puedes traer, pero no necesitas comprar los nuevos!

- Chaqueta y pantalones para la lluvia
- 2 suéteres de lana o fleece
- Ropa interior larga: camisa y pantalones (no algodón)
- Guantes/mitones, gorra
- Calcetines sintéticos o de lana
- Trastes ligeros – vaso, tazón, y cuchara
- Protector solar
- Pañuelo – para comer almuerzo al sendero
- Linterna/lámpara con pilas extras
- 2 botellas de agua – cada uno de 1 litro
- Bolsa de dormir y su bolsa compresible
- Colchón ligero
- Mochila (grande, para excursiones)
- Repelente para mosquitos
- Cuaderno y lápices de colores