

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN
ACUERDO DE INDEMNIDAD Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD - Menor

PARTICIPANTE: _____
Nombre Completo (Apellido Paterno – Nombre)

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O VIAJE: Un Sabado Gigante in Engineering

MEDIO DE TRANSPORTE: Autobús Escolar

LUGAR de actividad o viaje: Campus de UT Austin

FECHA(S) de actividad o viaje: 14 de noviembre del 2009 a 14 de noviembre del 2009

Yo el padre o guardián legal del participante antes mencionado, que es menor de 18 años, asumo en pleno uso de mis facultades la firma de este acuerdo.

Yo otorgo permiso al participante de tomar parte de el viaje o la actividad antes mencionada. Yo reconozco que la naturaleza de la actividad o el viaje expone al participante a peligros o riesgos que puedan resultar en enfermedad, lesion o muerte y plenamente entiendo los riesgos y peligros.

En consideración a que el participante sea permitido en la actividad o viaje, a travez de la presente acepto todo riesgo de la salud del participante y de lesiones o muerte que pueda resultar de su participación y yo a travez de la presente libero a la Universidad de Texas en Austin, a su junta de consejo , oficiales, empleados y representantes de toda responsabilidad del participante, representantes personales del participante, bienes, herencias, parientes mas proximos y asigna para cualquier y todo tipo de reclamo y causas de acción por perdidas o daños de o propiedad del participante y de cualquier enfermedad o lesion a la persona del participante incluyendo muerte que pueda resultar despues o durante la participacion en la actividad o el viaje, asi sea por negligencia de la Universidad de Texas en Austin, su junta de consejo, oficiales, empleados o representantes o al contrario. Tambien acepto indemnizar y no culpar a la Universidad de Texas en Austin y su junta de consejo, oficiales, empleados y representantes de cualquier responsabilidad por lesion o muerte de cualquier persona(s) y daño a propiedad que pueda resultar de la negligencia del participante o actos o omisiones intencionales durante la participacion en el evento o viaje descrito

HE LEIDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO Y ENTIENDO QUE ES UNA LIBERACION DE TODO RECLAMO Y CAUSAS DE ACCION POR LESION O MUERTE DEL PARTICIPANTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD DEL PARTICIPANTE QUE PUEDA OCURRIR DURANTE LA PARTICIPACION EN LA ACTIVIDAD O VIAJE DESCRITO Y ME OBLIGA A INDEMNIFICAR A LAS PARTES NOMBRADAS PARA CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR LESION O MUERTE DE CUALQUIER PERSONA Y DAÑOS A PROPIEDAD CAUSADOS POR LA NEGLIGENCIA, ACTOS INTENCIONALES O OMISIONES DEL PARTICIPANTE.

Firma del Padre/Guardian

Nombre (en letra molde) del Padre/Guardian

Dirección (si es diferente a la del participante)

Firma de Testigo

Nombre (en letra molde) del Testigo

Fecha de Firma: _____ 20__

La Universidad de Texas en Austin
Publicación en medios de comunicación
CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA A DERECHOS DE PUBLICACION

A QUIEN CORRESPONDA:

Por la presente concedo permiso a La Universidad de Texas en Austin de preparar, usar, reproducir, publicar, distribuir o publicar mi nombre, video, fotografías, parecido a mi persona, voz, o cualquiera de todos ellos en relación con la producción de sitios web, fotografía, película de video, cinta de la televisión, grabación de sonido, publicación científica informativa o cualquier otro propósito profesional que se juzgue necesario en el interés de la misión de La Universidad de Texas en Austin.

Por medio de la presente renuncio a todos los derechos de privacidad o compensación que yo pudiera tener en relación con el uso de mi nombre, video, fotografía, parecido a mi persona, voz, o cualquiera de estos casos, en o en relación con los sitios web, fotografía, película de video, cinta de televisión, grabación de sonido y cualquier uso de este mismo material o cualquier material aquí listado que pudiera usarse, o adaptarse por La Universidad de Texas en Austin.

Este consentimiento y renuncia no ira a ser la base de una futura demanda legal de ningún tipo contra La Universidad de Texas en Austin ni contra cualquiera de sus agencias.

Con mi puño y letra firmo frente al testigo
_____ el día _____ año 20_____.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

DIRECCIÓN: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR*:

* Cuando un menor se filme o grabe o cuando se justifique de otra manera.

TESTIGO: _____

FECHA: _____

FOR UNIVERSITY HEALTH SERVICES USE ONLY

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

D.O.B.: _____ Gender: _____

Provider: _____ Date: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/INMUNIZACION DE UN MENOR

Información y consentimiento del Participante
de el Programa Patrocinado por la Universidad

Nombre del Participante de el Programa: _____

Número de Identificación de la Universidad UTEID (si ha sido asignado): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal): _____

Número de Teléfono del Padre o Guardián: _____
CASA TRABAJO

Yo, el abajo firmante, como el padre o tutor legal de _____ (un menor) a través de la presente autorizo dicho diagnóstico médico y/o tratamiento quirúrgico de dicho menor como sea considerado necesario o apropiado bajo las circunstancias del tratamiento para alguna enfermedad o lesión de el menor. El doctor a cargo, personal, y la Universidad de Texas en Austin y sus oficiales, regentes y empleados, no serán responsables de ninguna manera por consecuencias de dicho diagnóstico médico, y/o tratamiento quirúrgico y que en la presente son liberados de cualquier reclamo y causas de acción que pueda surgir a raíz de o ser incidente de dicho diagnóstico, tratamiento, o cirugía como la ley lo permite y dado que estos servicios sean realizados con el cuidado ordinario y utilizando su habilidad de la mejor manera.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL

FECHA

IMPRIMA NOMBRE

He recibido una copia del aviso de Privacidad en las Practicas de Servicios de Salud de la Universidad como es requerido por las reglas de privacidad de HIPAA.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL

FECHA

IMPRIMA NOMBRE

Información Médica del Menor:

Alergias: _____

Medicamentos que este tomando actualmente: _____

Fecha más reciente de vacuna para el Tétano: _____

Historia Médica Pertinente: _____

Por favor regrese al coordinador del programa:

Nombre del programa: Equal Opportunity in Engineering Program (Un Sabado Gigante in Engineering)

Nombre del coordinador del programa: Un Sabado Gigante in Engineering Coordinator

Número de Teléfono del coordinador del programa: 512- _____ Fax del coordinador: 512- _____

Dirección del coordinador: _____
(Calle) (Ciudad, Estado) (Código Postal)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. HIPAA PRIVACY RULES REQUIRE THAT WE FURNISH YOU WITH THIS NOTICE. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

I. **Purpose:** University Health Services and its professional staff, employees, and volunteers follow the privacy practices described in this Notice. UHS maintains your medical information in records that will be maintained in a confidential manner, as required by law. However, UHS must use and disclose your medical information to the extent necessary to provide you with quality health care. To do this, UHS must share your medical information as necessary for treatment, payment, and health care operations.

II. What Are Treatment, Payment, and Health Care Operations?

Treatment includes sharing information among health care providers involved in your care. For example, your physician may share information about your condition with the pharmacist to discuss appropriate medication, or with radiologist or other consultants in order to make a diagnosis. UHS may use your medical information as required by your insurer to obtain payment for your treatment. We also may use and disclose your medical information to improve the quality of care, e.g., for review and training purposes.

III. What Are Other Ways UHS May Use Your Medical Information?

Your medical information may be used, unless you ask for restrictions on a specific use of disclosure for the following purposes:

- Appointment reminders.
- To inform you of treatment alternatives or benefits or services related to your health. (You will have an opportunity to refuse to receive this information.)
- To carry out health care treatment, payment, and operations functions through business associates, e.g., to install a new computer system.
- Worker's Compensation. (Your medical information regarding benefits for work-related illnesses may be released as appropriate.)
- Health oversight activities, e.g., audits, inspections, investigations, and licensure.
- Certain research projects.
- To prevent a serious threat to health or safety.
- Law enforcement (e.g., in response to a court order or other legal process; to identify or locate an individual being sought by authorities; about the victim of a crime under restricted circumstances; about a death that

may be the results of criminal conduct; circumstances relating to reporting information about a crime.)

- Disaster relief agency if injured in a disaster.
- National security and intelligence activities.
- Protection of the President or other authorized persons for foreign heads of state, or to conduct special investigations.
- Lawsuits and disputes. (We will attempt to provide you advance notice of a subpoena before disclosing the information.)
- As required by law.

IV. Your Authorization Is Required for Other Disclosures.

Except as described above, we will not use or disclose our medical information unless you authorize (permit) UHS in writing to disclose your information. You may revoke your permission, which will be effective only after the date of your written revocation.

V. You Have Rights Regarding Your Medical Information.

You have the following rights regarding your medical information, provided that you make a written request to invoke the right on the form provided by UHS.

- **Right to request restrictions.** You may request limitations on your medical information we use or disclose for health care treatment, payment, or operations (e.g., you may ask us not to disclose that you have had a particular surgery), but we are not required to agree to your request. If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency services.
- **Right to confidential communications.** You may request communication in a certain way or at a certain location, but you must specify how or where you wish be contacted.
- **Right to inspect and request a copy.** You have the right to inspect and request a copy your medical information regarding decisions about your care. We charge a fee for copying, mailing, and supplies. Under limited circumstances, your request may be denied; you may request review of the denial by another licensed health care professional

chosen by UHS. UHS will comply with the outcome of the review.

• Right to request amendment.

If you believe that the medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may request an amendment on the form provided by UHS, which requires certain specific information. UHS is not required to accept the amendment.

• Right to accounting disclosures.

You may request list of the disclosures of your medical information that have been made to persons or entities other than for health care treatment payment or operations in the past six (6) years, but not prior to April 14, 2003. After the first request, there will be a charge.

- Right to copy of this Notice. You may request a paper copy of this Notice at any time, even if you have been provided with an electronic copy. You may obtain an electronic copy of this Notice at our web site:

www.utexas.edu/student/health

VI. Requirements Regarding This Notice.

UHS is required by law to provide you with this Notice. We will be governed by this Notice for as long as it is in effect. UHS may change this Notice and these changes will be effective for medical information we have about you as well as any information we receive in the future. Each time you register at UHS for health care services, you may receive a copy of the Notice in effect at the time.

- VII. **Complaints.** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with UHS or with the Secretary of the United States Department of Health and Human Services. You will not be penalized or retaliated against in any way for making a complaint to UHS or the Department of Health and Human Services.

Contact: Call the UHS HIM Administrator at (512) 475-8432 if:

- You have a complaint.
- You have any questions about this Notice.
- You wish to request restrictions on uses and disclosures for health care treatment, payment, or operations.
- You wish to obtain a form to exercise your individual rights described in paragraph V.