



**RELEVO DE RESPONSABILIDAD
PARTICIPACIÓN DE ESTUDIANTE EN VETCAMP**

Yo _____ en calidad de _____ (padre / madre / encargado) autorizo a mi hijo/a _____ a participar del campamento de verano VetCamp en la Universidad de Puerto Rico en Arecibo los días _____ de junio de 2025. Por la presente consiento y expreso conocimiento de que estoy relevando de responsabilidad y/o reclamación al VetCamp, y a la Universidad de Puerto Rico, sus funcionarios, empleados o voluntarios, y a las fincas y clínicas u hospitales veterinarios a visitar, junto a sus funcionarios, empleados o voluntarios, por cualquier lesión, pérdida o daño asociado de cualquier manera en el uso de las facilidades de la instalación. Además, estoy de acuerdo en velar por el fiel cumplimiento de las reglas y condiciones para el uso de la instalación, la que será utilizada mediante permiso de uso indicando fecha, horario, lugar y éste estará firmado por el administrador o director.

Se firma el presente documento hoy, _____ de _____ de 2025, el cual formará parte de esta solicitud de uso. Mediante la firma de este documento yo acepto este relevo de responsabilidad.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA



AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA Y EL USO DE FOTOS O VÍDEOS

Yo _____ en calidad de _____ (padre / madre / encargado) le otorgo a VetCamp y a la Universidad de Puerto Rico en Arecibo el derecho absoluto y mi autorización para usar la(s) fotografías del estudiante _____ de quien soy tutor legal, para fines internos y externos, incluyendo, por ejemplo, su uso en materiales promocionales y actividades publicitarias. Comprendo que la(s) fotografía(s) puede(n) ser utilizada(s) en una publicación, anuncio impreso, componente de correo directo, medios electrónicos, o cualquier otra forma de publicación o promoción interna o externa. Reconozco el derecho del VetCamp y de la Universidad de Puerto Rico en Arecibo de recortar, alterar o tratar la fotografía de cualquier manera a discreción exclusiva suya. También reconozco que el VetCamp y a la Universidad de Puerto Rico en Arecibo podría decidir no usar la(s) fotografía(s) por el momento, pero podría hacerlo a discreción exclusiva suya en cualquier fecha futura. Convengo en que ni yo ni el Estudiante Menor de Edad tenemos derecho a recibir compensación ni reconocimiento alguno de cualquier tipo en relación con cualquier uso que el VetCamp y a la Universidad de Puerto Rico en Arecibo hagan de las fotografías.

Yo y el Estudiante Menor de Edad indicado relevamos de responsabilidades al VetCamp y a la Universidad de Puerto Rico en Arecibo, al fotógrafo, a sus directores, funcionarios, empleados, agentes y personas designadas y convenimos en no demandar a los anteriores por ninguna reclamación, responsabilidad, lesión o pérdida en relación con dicho uso, incluyendo, sin límite alguno, cualquier reclamación por difamación, invasión a la privacidad, derecho de publicidad u otra violación de cualesquiera derechos personales o patrimoniales que yo o nosotros pudiéramos tener.

Se firma el presente documento hoy, _____ de _____ de 2025, el cual formará parte de esta solicitud de uso. Mediante la firma de este documento yo acepto esta autorización para la toma y el uso de fotos o vídeos.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA



INFORMACIÓN MÉDICA

La información que Usted suministre a continuación será confidencial y sólo será utilizada por los funcionarios autorizados del VetCamp y de la Universidad de Puerto Rico en Arecibo de así requerirlo; por favor tómese su tiempo para responder todo el cuestionario; en caso de NO estar seguro de una respuesta, déjele abierta, es decir, no señale ni SI ni NO.

NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Edad: _____

Dirección física: _____

Teléfono del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO

Padre: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico del padre/encargado: _____

Madre: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico de la madre/encargado: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Plan médico: _____ Póliza #: _____

HISTORIA MÉDICA

1. Nombre cualquier enfermedad o condición física especial por la que esté recibiendo tratamiento en este momento y liste los medicamentos que está consumiendo.

2. Alergias

Medicamentos ☐ No ☐ Sí, Especifique: _____

Animales ☐ No ☐ Sí, Especifique: _____

Alimentos: ☐ No ☐ Sí, Especifique: _____



Otra: ☐ No ☐ Sí, Especifique: _____

3. ¿Ha sido vacunado/a contra la COVID-19?

☐ No ☐ Sí, Especifique: fecha de 1ra y 2da dosis _____

En caso de emergencia autorizo para que mi hijo(a) sea remitido(a) a la institución prestadora de servicios salud más cercana: SI ____ NO _____. Si su respuesta es NO por favor sugiera la institución de su preferencia _____.

Declaramos que:

- a) He consignado toda la información real y cierta sobre el estado de salud física y mental de mi hijo/a, sin omitir ningún dato relacionado con estos aspectos.
- b) Conozco todas las actividades que se van a desarrollar dentro del VetCamp y acepto la participación de mi hijo/a en ellas.
- c) Exoneramos al VetCamp y a la Universidad de Puerto Rico en Arecibo de toda responsabilidad en caso de accidentes y enfermedades diagnosticadas durante o después de las actividades.
- d) Entendemos, que nuestro/a hijo/a tiene que realizarse la prueba de COVID-19 (antígenos o PCR) 72 horas o antes del inicio del campamento de no estar vacunado contra la COVID-19 o en el caso de que presente síntomas relacionados. Los resultados de la prueba negativa deben ser entregados a través del correo electrónico vetcamp.arecibo@upr.edu.

Se firma el presente documento hoy, ____ de _____ de 2025, el cual formará parte del expediente confidencial de mi hijo/a.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA



**RELEVO DE RESPONSABILIDAD
HOSPITAL VETERINARIO SAN FRANCISCO DE ASÍS, HATILLO, PR**

Yo _____ en calidad de _____ (padre /
madre / encargado) autorizo a mi hijo/a _____ a

participar del viaje de campo al Hospital Veterinario San Francisco de Asís y localizado en Hatillo, PR el día _____ de junio de 2025. Por la presente consiento y expreso conocimiento de que estoy relevando de responsabilidad y/o reclamación al VetCamp, Hospital Veterinario San Francisco de Asís y a la Universidad de Puerto Rico, sus funcionarios, empleados o voluntarios por cualquier lesión, pérdida o daño asociado de cualquier manera en el uso de las facilidades de la instalación. Además, estoy de acuerdo en velar por el fiel cumplimiento de las reglas y condiciones del Hospital Veterinario San Francisco de Asís para el uso de la instalación, la que será utilizada mediante permiso de uso indicando fecha, horario, lugar y éste estará firmado por el administrador o director.

Se firma el presente documento hoy, _____ de _____ de 2025, el cual formará parte de esta solicitud de uso. Mediante la firma de este documento yo acepto este relevo de responsabilidad.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA



**RELEVO DE RESPONSABILIDAD
LAS FINQUERAS, RIO GRANDE, PR**

Yo _____ en calidad de _____ (padre / madre / encargado) autorizo a mi hijo/a _____ a participar del viaje de campo a la Finca Las Finqueras y localizado en Río Grande, PR el día _____ de junio de 2025. Por la presente consiento y expreso conocimiento de que estoy relevando de responsabilidad y/o reclamación al VetCamp, Las Finqueras, Inc., y a la Universidad de Puerto Rico, sus funcionarios, empleados o voluntarios por cualquier lesión, pérdida o daño asociado de cualquier manera en el uso de las facilidades de la instalación. Además, estoy de acuerdo en velar por el fiel cumplimiento de las reglas y condiciones de la finca Las Finqueras para el uso de la instalación, la que será utilizada mediante permiso de uso indicando fecha, horario, lugar y éste estará firmado por el administrador o director.

Se firma el presente documento hoy, _____ de _____ de 2025, el cual formará parte de esta solicitud de uso. Mediante la firma de este documento yo acepto este relevo de responsabilidad.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA



**RELEVO DE RESPONSABILIDAD
VAQUERÍA LA CEIBA, HATILLO, PR**

Yo _____ en calidad de _____ (padre / madre / encargado) autorizo a mi hijo/a _____ a participar del viaje de campo a la Vaquería La Ceiba y localizada en Hatillo, PR el día ____ de junio de 2025. Por la presente consiento y expreso conocimiento de que estoy relevando de responsabilidad y/o reclamación al VetCamp, la Vaquería La Ceiba y a la Universidad de Puerto Rico, sus funcionarios, empleados o voluntarios por cualquier lesión, pérdida o daño asociado de cualquier manera en el uso de las facilidades de la instalación. Además, estoy de acuerdo en velar por el fiel cumplimiento de las reglas y condiciones de la Vaquería La Ceiba para el uso de la instalación, la que será utilizada mediante permiso de uso indicando fecha, horario, lugar y éste estará firmado por el administrador o director.

Se firma el presente documento hoy, _____ de _____ de 2025, el cual formará parte de esta solicitud de uso. Mediante la firma de este documento yo acepto este relevo de responsabilidad.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA