



Mount Wachusett
Community College

444 Green Street
Gardner, MA 01440-1000
mwcc.edu

Project Healthcare
Salón 316
(978) 630-9248

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA ESTUDIANTES

Información Personal (en letra de imprenta)

Nombre _____
Apellido Nombre Inicial segundo nombre

Dirección Permanente _____
Calle, Ruta, o Apartado Postal

Ciudad Estado Código Postal (____) _____ - _____
Teléfono fijo

Correo Electrónico _____ Teléfono Móvil (____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino
Mes Día Año

Etnicidad: El Gobierno Federal define al hispano o latino como una persona de cultura u origen cubano, mexicano, dominicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano o cualquier otra cultura u origen de raíz española independientemente de la raza. Como tal, cada persona hispana o latina tiene su raza correspondiente.

Hispano o latino

No hispano o latino

Raza: ¿Cuál de las siguientes le describe mejor? Marque todas las que correspondan.

Nativo americano o de Alaska

Afroamericano

Nativo hawaiano o de otras islas del Pacífico

Asiático

Blanco

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono Fijo: _____ Teléfono Móvil: _____

¿Ha estado inscrito en alguno de los siguientes programas? (marque con un círculo los que correspondan):

Upward Bound Búsqueda de Talento

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Discapacidad específica (opcional) _____

Educación de los Padres

¿Alguno de sus padres a completado un programa universitario de 4 años (licenciatura)?

Sí No

*** CONSENTIMIENTO DE PADRES Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD (OBLIGATORIO)**

Autorizo a mi hijo/hija/protegido para que participe en el programa Project Healthcare. Igualmente exoneró a Mount Wachusett Community College, al programa Project Healthcare, a su personal y a los sistemas escolares de Fitchburg y Leominster de toda responsabilidad y reclamación que pueda surgir a raíz de la participación o asistencia de mi hijo (a), a los programas Project Healthcare de MWCC, incluyendo los desplazamientos de ida y regreso a dichos eventos y actividades.

Asimismo, reconozco que el presente programa es parte de un estudio de investigación para determinar si los servicios proporcionados a través de Project Healthcare aumentan las posibilidades de que los estudiantes que se gradúen de la secundaria, sean aceptados en un programa de estudios superiores en salud y, posteriormente, puedan iniciar una carrera laboral en el mismo campo. Cuando MWCC haya finalizado este estudio, redactará un informe con los resultados. Este informe no incluirá el nombre de su hijo (a), ni indicará que participó en el estudio. Si el estudiante decide abandonar el programa después de haberse iniciado, podrá hacerlo.

Doy mi autorización para que el programa Project Healthcare obtenga los registros o información académica del estudiante anteriormente mencionado, sobre su trayectoria escolar y durante los seis años siguientes a su graduación para tener un seguimiento anual de la educación del participante, según lo disponen las regulaciones del Departamento Federal de Salud para evaluar el programa Project Healthcare. Entiendo que esta información se conservará de conformidad con FERPA y otras leyes estatales aplicables, y solo solamente tendrá acceso el personal apropiado del programa o del Departamento de Salud.

Doy mi consentimiento y autorizo que mi hijo(a) reciba asistencia médica de emergencia y no emergencia en el improbable evento de un problema de salud, emergencia o lesión que se presente durante la asistencia de mi hijo(a) al programa Project Healthcare. Doy mi

consentimiento y autorización para que los miembros apropiados de Project Healthcare obtengan atención médica para mi hijo(a), según su criterio. Entiendo que harán un esfuerzo por comunicarse conmigo en caso de que se necesite atención médica de emergencia.

Adicionalmente doy mi autorización para que el programa Project Healthcare utilice fotografías y grabaciones de video y audio del estudiante anteriormente mencionado para cualquier fin relacionado con el programa, incluyendo publicación en periódicos y otros medios de comunicación. Si no deseo que el programa Project Healthcare utilice fotografías y grabaciones de video y audio del estudiante anteriormente mencionado, enviaré, junto con este formulario, una notificación por escrito al programa. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que su revocación por escrito sea recibida por el Programa Project Healthcare en MWCC, 444 Green Street, Gardner, MA. 01440.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

Fecha: _____ Correo electrónico de los padres: _____

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con: Melissa Bourque-Silva, Directora de National Workforce Diversity Pipeline, m_bourque@mwcc.mass.edu o al 978-630-9543.

*** CÓDIGO DE RESPONSABILIDAD Y EXPECTATIVAS (OBLIGATORIO)**

1. Se espera que los estudiantes se esfuercen todo lo posible en asistir todos los días a la escuela.
2. Se espera que los estudiantes se reúnan con su orientador de carrera. Yo sé que mi orientador de carrera hizo el compromiso de trabajar conmigo y ayudarme a tener éxito mientras esté en la escuela y en mi futuro; por lo tanto, trabajaré al máximo de mi capacidad.
3. Se espera que los estudiantes asistan a todos los talleres y que participen por completo en el programa. Si no puedo asistir a clase o a un evento en particular, se lo notificaré con anticipación a mi orientador de carrera. Sé que hay muy pocas razones válidas para faltar a clase. Madurez significa asumir la responsabilidad de mis propias acciones, decisiones y comportamientos. Si tengo una pregunta o no comprendo mis responsabilidades en el programa, sé que siempre puedo comunicárselo a mi orientador de carrera.
4. Debo llegar a tiempo a todas las clases y a todos los eventos especiales. Al igual que en el lugar de trabajo, debo estar preparado y listo para trabajar al comienzo de la clase. No hay buenas razones para llegar tarde a clase. Además, entiendo que algunos eventos son obligatorios, así que planificaré mi tiempo para participar en ellos.
5. Se espera que los estudiantes demuestren un comportamiento ejemplar dentro y fuera de la escuela, incluyendo todas las excursiones educacionales/culturales. Esto implica respeto por mí mismo y por los demás. Escucharé cuando otros estén hablando. Cumpliré con lo que me

he propuesto a hacer. Me comunicaré claramente con mis compañeros y mi orientador de carrera.

6. Se espera que los estudiantes aprovechen todas las oportunidades que tienen delante de ellos para hacer su tiempo con nosotros tan memorable como sea posible. ¡La actitud lo es todo! Si bien, todos tenemos un mal día de vez en cuando, entiendo que cuando entro a un salón de clase, mi mala actitud se queda afuera. Si tengo algún problema o preocupación, sé que puedo hablarlo en privado con mi orientador de carrera.

7. Se espera que los estudiantes compartan información académica con el personal con el fin de contribuir en la planificación y seguimiento. El estudiante también debe dar su autorización para que el personal acceda a la información relativa a su aprovechamiento académico.

8. ¡Se espera que los estudiantes se diviertan y hagan su mejor esfuerzo! Repetimos, ¡la actitud lo es todo! Entiendo que cuando entro en el aula de Project Healthcare, mi mala actitud debe quedarse afuera. Si tengo algún problema o preocupación, sé que puedo hablarlo en privado con mi orientador académico.

He leído las reglas anteriores, me comprometo a respetarlas y a ser un buen representante de mi escuela y del programa Project Healthcare. Entiendo que cualquier conducta violatoria grave puede dar lugar a la expulsión del programa.

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA _____

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con: Melissa Bourque-Silva, Directora de National Workforce Diversity Pipeline, m_bourque@mwcc.mass.edu o al 978-630-9543.