



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

SOLICITUD DEL PARTICIPANTE

Dentro de este paquete encontrarás un impreso de solicitud para participar en el
Programa de Fotografía Pablove Shutterbugs

“Pablove Shutterbugs” es un destacado programa de arte de la Fundación Pablove (The Pablove Foundation) que enseña a niños que viven con cáncer a desarrollar su voz creativa a través del arte de la fotografía. El aprendizaje de conceptos de fotografía junto a otros niños que sobrellevan experiencias similares estimula a los alumnos a expresarse, a ejercer su independencia y a poner en práctica nuevas formas de ver «todo» ¡y divirtiéndose en el proceso!. Las clases son destinadas a pacientes oncológicos pediátricos, de 6 a 18 años de edad. La participación en el programa no tiene costo. Todos los equipos y materiales son provistos por la Fundación.

Por favor, escaneé y envíe la solicitud completa, incluyendo el formulario de consentimiento del médico por correo electrónico a shutterbugs@pablove.org, por fax a (323) 952-2897 o por correo a:

Pablove Foundation
6607 W. Sunset Boulevard
Los Angeles, CA 90028
Teléfono: (323) 657-5557
Fax: (323) 952-2897

Por favor, devuelve las páginas 2-9 a Pablove y guarde la carátula. **Se aceptan las solicitudes de forma continua.**

Si tiene alguna inquietud, no dude en contactarse con Pablove telefónicamente al (323) 657-5557 o por correo electrónico: shutterbugs@pablove.org. Para más información sobre The Pablove Foundation o el programa Pablove Shutterbugs por favor visítenos en línea en pablove.org.

¡Esperamos pronto empezar a trabajar juntos!



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

Sobre el programa de fotografía Pablove Shutterbugs:

♥ Descripción del programa:

- **A quiénes servimos:** Pacientes oncológicos pediátricos
Edad de los integrantes del grupo: Entre 6 y 18 años
- **Qué ofrecemos:** Cursos y talleres de la fotografía digital.
- **Dónde y Cuando:** Las clases toman lugar por los sábados en un local ambulatorio.*
Para más información, visítenos en línea a pablove.org o contacte a su especialista en vida infantil o trabajador social.

* Con la excepción del campamento de verano de 5 días en Los Angeles, que toma lugar de lunes a viernes.

Fechas: _____
Horas: _____
Ubicación: _____

♥ Detalles del programa de fotografía:

- **Clases:** Cada clase los estudiantes aprenderán nuevos conceptos y técnicas de la fotografía.
- **Material:** Otorgaremos a cada niño un kit de cámara y los materiales necesarios para el programa.
- **Tarea:** Los alumnos completarán tareas de fotografía.
- **Graduación:** El último día de clase es la graduación, en el cual celebramos los logros de nuestros alumnos con una ceremonia y la presentación de su trabajo.
- **Muestra en galería:** El trabajo de los alumnos será expuesto en una exhibición pública en una galería de arte profesional.

♥ ¿Preguntas? Se puede contactarnos:

- **Sitio de web:** pablove.org
- **Email:** shutterbugs@pablove.org
- **Teléfono:** (323) 657-5557
- **Facsímil:** (323) 952-2897



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

SOLICITUD DEL PARTICIPANTE

Por favor complete la información solicitada y envíala a Pablove o su especialista en vida infantil. Cualquier información que falte podría impedir su participación en el programa.

SESIÓN DE SOLICITUD: (Marque Uno)

Sesión de 5 Semanas: Curso de la fotografía que consiste en cinco (5) clases semanales de 2 horas que ocurran durante los sábados. Disponible en los siguientes lugares:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akron, OH | <input type="checkbox"/> Austin, TX | <input type="checkbox"/> Denver, CO | <input type="checkbox"/> Bethlehem, PA |
| <input type="checkbox"/> Fargo, ND | <input type="checkbox"/> Greenville, NC | <input type="checkbox"/> Miami/Doral, FL | <input type="checkbox"/> Hackensack, NJ |
| <input type="checkbox"/> New York, NY | <input type="checkbox"/> New Orleans, LA | <input type="checkbox"/> Palo Alto, CA | <input type="checkbox"/> Philadelphia, PA |
| <input type="checkbox"/> Portland, OR | <input type="checkbox"/> Stony Brook, NY | <input type="checkbox"/> Tacoma, WA | |

Sesión de Mentores de 8 Semanas y Campamento de Verano de 5 Días:

- Los Angeles, CA Otro _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA _____

PADRES/GUARDIAN O TUTOR _____

PADRES/GUARDIAN O TUTOR _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE LA CASA _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE _____

DEL TRABAJO _____ # DEL CELULAR _____



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/ EXENCIÓN DEL PADRE O TUTOR

Para ser completada por el padre/ tutor si el participante es menor de 18 años.

_____ (el "Alumno") tiene mi permiso para participar en el programa Pablove Shutterbugs.
(Nombre del participante)

En virtud de la antedicha autorización, en nombre del Alumno y del mío, por medio del presente, eximo y libero a las Partes Exoneradas de la Fundación Pablove de cualquier responsabilidad que pueda surgir en relación con la participación del Alumno en las clases del programa Pablove Shutterbugs o en dicho programa; y, asimismo, renuncio al derecho de iniciar acciones legales por dicha responsabilidad contra las partes exoneradas. El término «Responsabilidad» incluye cualquier responsabilidad por daños y perjuicios, muerte, lesiones, daños a la propiedad, u otro menoscabo, ya sea o no por negligencia o descuido de las Partes Exoneradas de la Fundación Pablove. Las «Partes Exoneradas de la Fundación Pablove» están compuestas por la Fundación Pablove, sus empleados, directores, voluntarios, toda institución médica afiliada, y por todos los representantes del programa de la Fundación Pablove.

Autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación y el uso del diagnóstico médico y de toda información sobre la salud del Alumno con el fin de determinar si reúne los requisitos indispensables para participar en el programa Shutterbugs o si por el contrario existe alguna restricción o limitación. Mi médico, al igual que sus representantes legales, están autorizados para completar y suministrar a la Fundación Pablove todo formulario que la fundación pueda requerir, entre ellos aquellos formularios relacionados con los requisitos de salud que el Estudiante debe cumplir, la actividad requerida y otras consideraciones médicas pertinentes.

En el caso de que el padre o tutor no se encuentre presente, autorizo a un representante de la Fundación Pablove a obtener el tratamiento médico de emergencia que el Alumno necesite; y, asimismo, eximo a la Fundación Pablove de toda responsabilidad asociada a dicho tratamiento médico. Por el presente, declaro que el Alumno reúne las condiciones de salud suficientes para participar en las clases del programa Pablove Shutterbugs y que no existe ninguna restricción médica que impida o limite su participación.

En todos los otros casos (de no emergencia) en que el participante requiera atención médica durante su participación en el programa de la fundación Pablove, por el presente, doy mi consentimiento para que se le brinde atención de primeros auxilios, según sea adecuado y necesario, hasta que puedan contactarme para que autorice un mejor tratamiento (si se requiere uno).

Los consentimientos otorgados en el presente documento tendrán vigencia siempre y cuando el Alumno se encuentre participando en el Programa de la Fundación Pablove.

X Firma del Estudiante _____ **Fecha** _____
(si el estudiante es mayor de 18 años)

X Firma del Padre o Tutor _____ **Fecha** _____
(si el estudiante es menor de 18 años)



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

INFORMACIÓN MÉDICA

Se requiere que cada artículo en esta pagina esté completo antes de regresar la solicitud

DIAGNÓSTICO DE LA ONCOLOGÍA _____

FECHA DE DIAGNÓSTICO _____ HOSPITAL DE TRATAMIENTO _____

NOMBRE

NÚMERO TELEFÓNICO

DOCTOR _____

MÉDICO ESPECIALISTA _____

¿Todavía está recibiendo tratamiento? _____

Si respondió que "no", por cuanto tiempo ha estado fuera de tratamiento? _____

ALERGIAS _____

Por favor responda a las siguientes preguntas:

¿Utiliza silla de ruedas, andador, o bastón?

Si No A veces

¿Se le dificulta hablar con claridad?

Si No

¿Tiene buen uso de ambas manos?

Si No

¿Tiene dificultades para ver u oír?

Si No

Por favor indique si necesitará asistencia especial para cualquier clase:

¿Cómo se enteró acerca del programa Pablove Shutterbugs?

Trabajadora Social

Child Life

Enfermera/Doctor

Un Conocido

Otra Agencia

Sitio de Web

Persona que lo refirió a Pablove: _____



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

AUTORIZACIÓN DEL DOCTOR
(Puede completarlo el especialista del paciente o médico de atención primaria)

My patient, _____,
(student name)

(DOB) _____ (Oncology diagnosis)

is able to participate in the following activities through the Pablove Shutterbugs program:

(Activity #1) Photography Classes

(Activity #2) Field Trip Activity

Please list any physical limitations or special concerns:

Physician Name _____

Physician Signature _____ Date _____

Telephone Number _____



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

LAS EXPECTATIVAS DE UN PARTICIPANTE Y PADRE

Queremos que nuestro programa sea el mejor de su especie. Para que nuestras clases sean seguras, divertidas y agradables para todos, contamos con algunos requisitos que nos gustaría que lea antes de la primera clase. Luego de leerlas, por favor firme el documento y entréguelo junto con la solicitud.

1. Los participantes deben tratar al instructor, voluntarios y otros miembros de las clases con respeto y consideración.
2. La comunidad del instructor, voluntarios, y Personal de la Fundación Pablove han dedicado tiempo y esfuerzo para lograr que la experiencia en las clases sea tanto educativa como divertida. Debe asistir a todas las clases, mientras sea posible, y notificarnos de antemano si no puede asistir por razones de salud. Asimismo, debe ser puntual y entregar las tareas de fotografía en el plazo debido.
3. Debe cuidar y respetar el lugar donde se realicen las clases. Recuerde que es un huésped y que la oportunidad de tomar estas clases depende de su comportamiento.
4. Tendrá numerosas oportunidades para interactuar con el instructor y con otros alumnos. Los participantes deben comportarse de manera acorde a nuestras elevadas normas.
5. Durante las actividades del programa, no está permitido el uso o la posesión de bebidas alcohólicas, cigarrillos, drogas, o la actividad sexual por parte de los participantes.
6. La Fundación Pablove ofrecerá refrigerios saludables, jugos y agua durante las clases. Por favor, lleve una lista de las alergias alimentarias u otras limitaciones en la dieta de su hijo. La Fundación se compromete a anunciar los ítems del menú con la suficiente anticipación posible. Sin embargo, es la responsabilidad del padre o tutor supervisar y comunicar al menor respecto de la dieta específica que debe seguir y las restricciones alimenticias correspondientes.
7. La Fundación Pablove solo revelará su información personal o historia clínica a los voluntarios según sea necesario. No obstante, siéntase libre de comunicarles a ellos sus sentimientos, frustraciones o preocupaciones.
8. Todo lo referente a los horarios y el cronograma de las clases debe ser supervisado por el personal de la Fundación Pablove. En caso de no poder asistir a clase, debe notificar directamente al personal.
9. Deben notificar a la fundación Pablove con una antelación mínima de dos horas en el caso de no poder asistir a clase por razones de salud. Si faltó o llegó tarde a dos clases sin haber notificado a la fundación, es posible que no pueda participar de las clases en el futuro.
10. Si no pudiera asistir a clases o decidiera no continuar con ellas, debe contactar a su instructor para hacer los arreglos que correspondan inmediatamente.
11. Con el objeto de facilitar el aprendizaje, la fundación Pablove presta a los alumnos el material necesario para las clases. Debe cuidar bien ese material prestado.
12. Solo los alumnos del programa Shutterbugs pueden utilizar la cámara de fotos durante las clases.
13. En el caso de que alguno de estos requisitos no se cumpliera, la fundación Pablove se reserva el derecho de dar por terminada su participación en el programa.

Por favor respete las normas fijadas, ya que están diseñadas para mejorar su experiencia y brindarle el entorno de aprendizaje más beneficioso. En caso de que el comportamiento inapropiado persista, se limitará su participación en el programa. He leído el documento que antecede y me comprometo a cumplir los requisitos.

X Firma del Estudiante _____ **Fecha** _____

X Firma del Padre o Tutor _____ **Fecha** _____



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: EL PADRE O TUTOR ESTÁ AUSENTE

Los padres son bienvenidos y alentados a asistir a clase con sus hijos y esperar en el cuarto reservado para las familias mientras los hijos toman la clase grupal. Sin embargo, hay ocasiones en que los padres necesitan irse del cuarto reservado durante la clase por cualquier número de razones. Este acuerdo de exención de responsabilidad debe ser completado por el padre o tutor en el caso de que el participante sea menor de 18 años y planea asistir a las clases grupales del programa de Pablove Shutterbugs con un padre o tutor presente o sin un padre o tutor presente.

Autorizo a _____ (el «Alumno») a asistir a las clases del programa Pablove Shutterbugs sin la supervisión de un padre o tutor. Es mi responsabilidad llevar a clases al Alumno y recogerlo *puntualmente* al final de esta.

X Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____
(si el estudiante es menor de 18 años)



pablove shutterbugs
a program of the pablove foundation

CONSENTIMIENTO PARA USAR EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE, SU IMAGEN Y TRABAJO

Por el presente instrumento, yo, _____, de manera irrevocable y permanente, otorgo a la Fundación Pablove («Pablove») el derecho de utilizar mi imagen y voz (en conjunto, «Contribuciones») para todo propósito que Pablove estime conveniente, incluidas las actividades para recaudar fondos. Asimismo, entiendo y acepto que Pablove posee todos los derechos sobre las fotografías, grabaciones, películas, panfletos, folletos, otros medios escritos o materiales basados parcialmente o totalmente en mis Contribuciones.

Por el presente, otorgo a Pablove, de manera irrevocable y permanente, una licencia exclusiva, en todo el mundo y libre de regalías para (a) utilizar, reproducir, distribuir, exhibir y realizar obras (ya sea de forma pública o privada), publicar, preparar obras derivadas de, modificar, realizar, comercializar, vender, ofrecer para su venta, importar, explotar (o permitir a terceros la explotación en nombre de Pablove) todas o cualquier parte de las fotografías que tome durante mi participación en el Programa Pablove Shutterbugs, solas o en combinación con otros elementos, en cualquier formato o medio (conocido actualmente o más adelante desarrollado), entre ellos los formatos electrónicos; y (b) modificar todas o cualquier parte de las fotografías, incluidas, sin carácter taxativo, las adiciones o supresiones que se realicen en ellas, independientemente de la forma (actualmente o más adelante conocida) que las fotografías adquieran al ser modificadas y sin importar el efecto de dichas modificaciones sobre la integridad de aquellas. Los derechos otorgados a Pablove incluyen el derecho a conceder sublicencias de los derechos citados. Asimismo, otorgo a Pablove el derecho de utilizar, a su entera discreción, mi nombre e imagen en relación con las fotografías en formatos de publicación y en materiales publicitarios y de promoción.

Por el presente, renuncio al derecho que pueda tener de inspeccionar y aprobar el producto o los productos terminados, la copia editorial, de publicidad o impresa que pueda utilizarse en conexión con dichos productos, y a todo derecho de controlar el uso que se le pueda dar al producto, los productos, y a la copia. Acepto no recibir ninguna compensación por la publicación o emisión de estos materiales.

Por medio del presente, eximo y libero a Pablove y a sus representantes legales y cesionarios de cualquier responsabilidad emergente del desenfoco, distorsión, alteración, ilusión óptica o uso en forma compuesta, intencionalmente o involuntariamente, que pueda ocurrir o producirse en la realización, proceso, duplicación, proyección o exhibición de dicha foto o imágenes, y de la responsabilidad por la violación de cualquier derecho personal o de propiedad que pueda tener junto con dichas fotos o imágenes y con el uso de ellas.

X ACEPTADO Y ACORDADO POR EL ESTUDIANTE _____
(FIRMA DEL ESTUDIANTE)

FECHA _____

X FIRMA DEL PADRE (si el participante es menor de 18) _____
(FIRMA DEL PADRE)