



**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 en Los Angeles de 8 Sesiones.**

“Pablove Shutterbugs” es un destacado programa de arte de la Fundación Pablove (The Pablove Foundation) que le enseña a los 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 para pacientes oncológicos pediátricos, de 6 a 18 años de edad. La participación en el programa no tiene costo. Todo el equipo y los materiales son provistos por la Fundación.

Durante el curso de 8 semanas, a cada estudiante se le asigna un mentor fotógrafo profesional, que trabaja en forma individual con el niño en su casa. Los niños también asisten a clases grupales en Los Angeles. El programa abarca cuatro (4) clases individuales de una hora en la casa del niño; una excursión en grupo el domingo 22 de marzo; y tres (3) clases grupales de dos horas que se llevarán a cabo los sábados: el 7 de febrero, el 28 de febrero y el 28 de marzo en una localización en Los Angeles, California. Las clases grupales son impartidas por artistas de enseñanza con experiencia y por invitados especiales.

Por favor, escaneé y envíe la solicitud completa, incluyendo el formulario de consentimiento del médico antes del 30 de enero de 2015 por correo electrónico a [shutterbugs@pablove.org](mailto: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, devuelva las páginas 1-7 a Pablove y guarde la carátula. **Espacio es limitada; se aceptan las solicitudes hasta que se llenen todos los espacios.**

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

¡Esperamos pronto empezar a trabajar juntos!



**pablove shutterbugs**  
a program of the pablove foundation

## Sobre el programa de mentores de Pablove Shutterbugs de 8 sesiones:

### ♥ Descripción del programa:

- **A quiénes servimos:** Pacientes oncológicos pediátricos  
Edad de los integrantes del grupo: Entre 6 y 18 años  
Tamaño del grupo: Entre 15 y 20 niños
- **Qué ofrecemos:** Un programa de fotografía de 8 sesiones que consiste de: 4 clases individuales en la casa del alumno con su mentor, 3 clases grupales en una localización en Los Ángeles dictadas por un artista docente que toman lugar el 7 de febrero, el 28 de febrero y el 28 de marzo, y una excursión en grupo el domingo el 22 de marzo de 2015.

### ♥ Detalles del programa de fotografía:

- **Clases:** Cada semana, los estudiantes aprenderán nuevos conceptos y técnicas de la fotografía.
- **Material:** Proporcionaremos a cada niño un kit de cámara y los materiales necesarios para el programa.
- **Tarea:** Los alumnos completarán tareas semanales de fotografía.
- **Graduación:** El último día de clase es la graduación, en la 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.

♥ **Cronograma de clases:** Nuestro programa de 8 sesiones empieza el 7 de febrero del 2015 y termina el 28 de marzo del 2015. Los alumnos y sus mentores de fotografía se encontrarán una vez por semana durante los sábados en la casa del alumno. Las clases grupales se realizan en una localización en Los Angeles, CA (a designar).

- 1. Sábado 7 de febrero: Clase grupal  
Horario: 10:00 am – 12:00 pm  
Localización: A designar (en Los Angeles)
- 2. Sábado 14 de febrero: Clase individual en casa  
Horario: A designar (una hora de duración)  
Localización: En casa del estudiante
- 3. Sábado 21 de febrero: Clase individual en casa  
Horario: A designar (una hora de duración)  
Localización: En casa del estudiante
- 4. Sábado 28 de febrero: Clase grupal  
Horario: 10:00 am – 12:00 pm  
Localización: A designar (en Los Angeles)



**pablove shutterbugs**  
a program of the pablove foundation

- 5. Sábado 7 de marzo: Clase individual en casa  
Horario: A designar (una hora de duración)  
Localización: En casa del estudiante
- 6. Sábado 14 de marzo: Clase individual en casa  
Horario: 10:00 am – 12:00 pm  
Localización: En casa del estudiante
- 7. Sábado 22 de marzo: Excursión grupal de viaje de campo al Centro de Música  
Horario: A designar  
Localización: Encontrar para transportar en autobús
- 8. Sábado 28 de marzo: Ceremonia de graduación y presentación  
Horario: 10:00 am – 12:00 pm  
Localización: A designar (en Los Angeles)

♥ **¿Preguntas? Se puede contactarnos:**

**Sitio de web:** [pablove.org](http://pablove.org)

**Email:** [shutterbugs@pablove.org](mailto: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. Cualquier información que falte podría impedir su participación en el programa.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

PADRES/GUARDIAN O TUTOR \_\_\_\_\_

PADRES/GUARDIAN O TUTOR \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

# DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ # DEL CELULAR \_\_\_\_\_

EDAD DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Sexo del estudiante:  Masculino  Femenino

IDIOMA PREFERIDO: ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ PADRES \_\_\_\_\_

Cada estudiante recibirá una camiseta de Pablove Shutterbugs. Por favor, especifique el tamaño de camiseta del niño:

Niño Talla Medio  Unisex Talla Pequeño  Unisex Talla Medio  Unisex Talla Grande

IDENTIFICACIÓN DE GRUPO ÉTNICO (Marque todo lo que aplica):

- Asiático  Blanco  De Oriente Medio  
 De raza negra o Africano Americano  Latino o Hispano  
 Nativo Americano o Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano/ Nativo de la Polinesia  
 Me niego a declarar

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

**NOMBRE** **RELACIÓN** **NUMERO DE TELEFONO**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_



**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  
(Nombre del participante) Shutterbugs.

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 Paciente 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) 8- Weekly 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 a los mentores, maestros y otros miembros de las clases con respeto y consideración.
2. La comunidad de mentores, maestros 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 al personal de la Fundación Pablove 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 ocho semanas de 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  
(SOLAMENTE PARA LAS CLASES GRUPALES)**

Si el cuarto es disponible, los padres son bienvenidos a esperar en el cuarto reservado para las familias mientras los hijos toman la clase grupal en el estudio de fotografía. 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 sin un padre o tutor presente. Le informamos que los padres o adultos mayores de 18 años deben estar siempre presentes mientras los Mentores del programa Pablove Shutterbugs visitan los hogares de los participantes durante las clases privadas, no importa la edad del alumno.

**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)**