Traducido del inglés al español - www.onlinedoctranslator.com

OBSERVACIÓN DEL TRABAJO

INFORMACIÓN PARA PADRES/TUTORES

Fecha: _____

Estimados padres/tutores:

El aprendizaje por observación de un puesto de trabajo es una actividad educativa que motiva académicamente a los estudiantes para observar el mundo del trabajo. Estas experiencias de aprendizaje basadas en el trabajo les permiten a los estudiantes explorar un interés profesional y conectar las habilidades aprendidas en la escuela con el lugar de trabajo. Es por eso que el aprendizaje por observación de un puesto de trabajo es una parte integral del Distrito Escolar Uno del Condado de Richland. Los estudiantes deben cumplir con todas las reglas, prácticas y acuerdos del Distrito Escolar Uno del Condado de Richland en todo momento. Los estudiantes deben vestirse de acuerdo con la política de vestimenta del distrito o según lo recomendado por el lugar de trabajo.

Existe un riesgo inherente al participar en actividades de aprendizaje en el lugar de trabajo y en la comunidad. Yo, como padre/tutor legal, comprendo la parte de la experiencia de observación laboral que le corresponde a mi hijo/hija y asumo todos los riesgos, peligros y lesiones incidentales a dicha participación y, por la presente, renuncio, libero, absuelvo y acepto eximir de responsabilidad al lugar de aprendizaje/trabajo y al Distrito Escolar Uno del Condado de Richland de cualquier reclamo que surja de una lesión de mi hijo/hija.

El transporte NO lo proporciona el Distrito Escolar Uno del Condado de Richland, sino el padre o tutor legal; por lo tanto, el Distrito Escolar Uno del Condado de Richland no será responsable de los actos negligentes. La participación en el programa es voluntaria. La escuela no supervisa, controla ni proporciona directamente el transporte de los estudiantes.

Esquema de observación del trabajo

Para que su hijo/hija pueda participar en el programa Job Shadowing el _____, deberá colaborar con lo siguiente:

- Identificar una persona y un lugar de trabajo para la observación laboral.
- Complete los formularios de permiso para observación laboral de padres o tutores y la hoja de información de socios comerciales, que deben entregarse antes de _____. Es posible que no se acepten formularios de permiso entregados fuera de plazo.
- Organice el transporte para su hijo hacia y desde el lugar de trabajo donde realizará la observación laboral.
- Revise con su hijo la vestimenta y el comportamiento apropiados para el lugar de trabajo antes de ir al lugar de trabajo.
- Recuerde a su hijo que tome y complete el formulario de observación el día de la observación laboral.
- **Asegúrese de que su hijo devuelva el formulario de observación completo en/o antes_____**para que la ausencia sea JUSTIFICADA. Si el Formulario de Observación no se devuelve en la fecha: _____, la ausencia de su hijo se marcará como INJUSTIFICADA.
- **Si tiene alguna pregunta, comentario o inquietud, comuníquese con_____en_____**o el consejero escolar.

Atentamente,

_____

Página dejada en blanco

CONSENTIMIENTO INFORMADO, LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN DE RIESGO PARA COVID-19

_____ (Estudiante participante) desea participar en las experiencias de aprendizaje basadas en el trabajo (observación laboral en el lugar) del Programa de Educación Profesional y Técnica del Distrito Escolar Uno del Condado de Richland ("Distrito"). Yo, _____ (Padre/Tutor/Estudiante de 18 años o más), en mi nombre y en el de mi hijo, comprendo y acepto lo siguiente con respecto a los riesgos asociados con la pandemia de COVID-19:

1. **Participación voluntaria**:Elijo voluntariamente que mi hijo/estudiante participante acceda y utilice las instalaciones, los equipos y las instalaciones del distrito, así como las propiedades de otros distritos escolares, durante su participación en la actividad de aprendizaje en el lugar de trabajo, para que mi hijo pueda participar en el programa de educación profesional y técnica. Elijo voluntariamente que mi hijo/estudiante participante reciba instrucción y capacitación de los empleados del distrito. Entiendo que, si no creo que sea seguro o apropiado comenzar los entrenamientos en persona en este momento, se le permitirá al estudiante participante regresar a las actividades del equipo sin repercusiones cuando crea que es apropiado hacerlo, y el estudiante participante puede participar sin requisitos de asistencia obligatoria durante el período de verano.

   Entiendo que los estudiantes participantes que tienen condiciones médicas preexistentes que los colocan en mayor riesgo de infección, o aquellos que no quieren correr el riesgo de contraer COVID-19, deben abstenerse de participar en deportes de la escuela secundaria en este momento.

2. **Reconocimiento de riesgo:** Declaro que soy plenamente consciente de los riesgos inherentes de infección por el virus COVID-19 y la pandemia, entre otras enfermedades transmisibles, en todos los espacios públicos, y en particular en las instalaciones recreativas como las que utiliza el distrito para sus programas de Educación Profesional y Técnica. Entiendo que el uso de las instalaciones del distrito, u otras instalaciones y lugares, y la participación en actividades deportivas pueden resultar en un mayor riesgo de exposición al COVID-19 debido, entre otras cosas, al uso compartido de equipos, el contacto cercano con otras personas durante las actividades y la prevalencia de superficies de alto contacto inherentemente asociadas con las actividades, el aumento de la respiración y la emisión de gotitas respiratorias asociadas con el esfuerzo físico, el uso de botellas de agua y otros objetos de uso personal, y las conductas inherentes y naturales de interacción y de compartir de los estudiantes.

   Entiendo que el COVID-19 se considera un virus altamente contagioso que puede tener graves consecuencias para la salud que podrían resultar en hospitalización prolongada, lesiones permanentes e incluso la muerte, y la posible propagación a otras personas, incluidos otros miembros del hogar, y reconozco que dicho riesgo no se puede mitigar ni controlar por completo.

3. **Sin garantía:**Entiendo que el distrito hará esfuerzos razonables para cumplir con las pautas del Departamento de Educación de Carolina del Sur, los Centros para el Control de Enfermedades y el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur. Sin embargo, el distrito no puede eliminar el riesgo de exposición al COVID-19 ni garantizar que las instalaciones y las actividades de aprendizaje en el lugar de trabajo estarán libres de COVID-19; que el personal docente, el personal y los voluntarios estarán o permanecerán libres de infección; o que los estudiantes infectados y contagiosos o sus familias no estarán presentes en las instalaciones o participarán en la actividad. En consecuencia, el distrito no puede garantizar ni ofrecer garantías de que las personas no estarán expuestas al COVID-19 mientras se encuentren en las instalaciones o participen en actividades deportivas, o que las personas no expondrán a otros al COVID-19.

4. **Aceptación de riesgos**:Entiendo y reconozco que el acceso y uso de las instalaciones, los equipos y la participación en las actividades por mi parte o por parte de mi hijo implican riesgos inherentes para mí o para mi hijo, y comprendo que el distrito no tiene control sobre estos riesgos, ni la capacidad o el deber de eliminarlos, e incluso

el estricto cumplimiento de las pautas no puede eliminar el riesgo. En consecuencia, por mí y por mi hijo, asumo dichos peligros, riesgos y riesgos al participar en actividades deportivas en este momento.

5. **Indemnización, Renuncia, Liberación**:Por la presente renuncio, libero, descargo y mantengo indemne al distrito, incluidos sus empleados, Junta, directores/funcionarios, funcionarios, agentes y voluntarios de toda responsabilidad asociada con cualquier lesión al Estudiante Participante, incluidas lesiones personales o enfermedades o incluso la muerte, pérdida de ingresos u oportunidades educativas, daños a la propiedad y todas las pérdidas, daños, gastos, responsabilidades o reclamos de cualquier naturaleza que surjan de, estén relacionados con o de alguna manera conectados con el uso del estudiante participante de las instalaciones, las instalaciones y la participación en las actividades.

6. **Otros agradecimientos**:

   a. Declaro que tengo la autoridad para otorgar este consentimiento informado, exención de responsabilidad y asunción de riesgos para la participación del estudiante participante en el programa deportivo del distrito y el uso de las instalaciones y los locales del distrito. Soy el padre/tutor legal del estudiante participante, o tengo 18 años de edad o más, y tengo el derecho irrestricto de firmar este consentimiento informado, exención de responsabilidad y asunción de riesgos.

   b. Conozco las pautas del distrito para el COVID-19 y las cumpliré, haré todos los esfuerzos razonables para equipar e instruir a mi hijo para que las cumpla en todo momento mientras se encuentre en las instalaciones del distrito o mientras participe en la actividad de aprendizaje basada en el trabajo, incluso en las instalaciones de otros distritos, con el fin de participar en el programa de Educación Profesional y Técnica del distrito.

   c. Acepto que en el caso de que el Estudiante Participante o cualquier miembro de nuestro hogar dé positivo en la prueba de COVID-19, un proveedor de atención médica le informe que es probable que el Estudiante Participante o un miembro de mi hogar presente síntomas de infección por COVID-19 o de otra manera tenga conocimiento de información que una persona razonable debería reconocer de buena fe como indicadora de exposición al COVID-19, notificaré inmediatamente al Distrito.

   d. Por la presente, doy mi consentimiento para el transporte y tratamiento de emergencia en caso de enfermedad o lesión, y acepto la responsabilidad del pago de cualquier transporte o tratamiento de emergencia en nombre de mi hijo.

   e. Hasta donde yo sé, certifico además que mi hijo se encuentra en buenas condiciones físicas y no tiene ninguna condición médica o física que pueda restringir su participación en este evento.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO; ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS; ENTIENDO QUE RENUNCIO A DERECHOS AL FIRMARLO; Y LO HE FIRMADO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE. TENGO LA INTENCIÓN DE QUE MI FIRMA SEA UNA EXENCIÓN COMPLETA E INCONDICIONAL DE RESPONSABILIDAD EN LA MEDIDA EN QUE LO PERMITA LA LEY.

Firma del padre/tutor del estudiante menor de edad	**Fecha**
Firma del estudiante participante	**Fecha**
Nombre impreso del padre/tutor participante	**Imprimir nombre del estudiante**
Profesor/Especialista en Carrera	**Fecha**

Información para estudiantes y padres

EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE EN EL LUGAR DE TRABAJO: OBSERVACIÓN DEL TRABAJO FORMULARIO DE PERMISO DE PADRES/TUTORES

Mi hijo/hija tiene permiso para participar en un programa de observación laboral, una experiencia de aprendizaje basada en el trabajo.

Nombre del estudiante: _____ Calificación:

_____

Nombre de la empresa/lugar de trabajo:

_____

Nombre de la persona a la que se va a seguir/Anfitrión del lugar de trabajo:

_____

Correo electrónico del lugar de trabajo: _____ Teléfono del lugar

de trabajo: _____

En caso de emergencia médica

Nombre del padre/tutor: _____Teléfono de día:

_____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono:

_____

Médico de Familia: _____ Teléfono:

_____

Enumere todos los medicamentos que toma: _____ Alergias:

_____

Otro: _____

Nombre de la compañía de seguro médico: _____ Teléfono:

_____

El padre/tutor y el estudiante comprenden que, si bien estas experiencias no son remuneradas, el estudiante puede realizar actividades relacionadas con el trabajo. Es posible que el personal de la escuela no haya visitado el lugar de trabajo, no haya conocido a los anfitriones ni esté presente cuando el estudiante se encuentre en el lugar. He leído la Hoja de información para padres/tutores y comprendo las responsabilidades y políticas involucradas en el programa de observación laboral.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

El abajo firmante autoriza y dirige cualquier atención médica o quirúrgica, incluyendo anestesia, radiografías de laboratorio y otros procedimientos necesarios en caso de atención médica de emergencia del menor mencionado anteriormente durante la experiencia de aprendizaje en el trabajo.

Yo, como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, acepto por la presente las condiciones de participación en el programa de observación laboral.

Padre/Tutor legal (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Este formulario debe ser enviado antes del _____.

SOLO PARA USO DE OFICINA: Estudiante LN: _____ FN: _____ PP BP DE HF

Formularios enviados: PP=Permiso de los padres; BP=Información del socio comercial; OF=Formulario de observación; HF=Comentarios del anfitrión

INFORMACIÓN DEL SOCIO COMERCIAL

El aprendizaje por observación es una experiencia de aprendizaje a corto plazo basada en el trabajo que presenta a un estudiante un trabajo o una carrera en particular al emparejarlo con un empleado de una empresa, industria o agencia. El estudiante sigue o "sigue" al empleado durante un tiempo específico para comprender mejor los requisitos de un trabajo o una carrera en particular.

Los estudiantes tendrán la oportunidad de observar a un individuo en su trabajo para experimentar el lugar de trabajo de primera mano a través de lo siguiente:

- Demostrar la conexión entre lo académico y lo profesional, entusiasmando a los estudiantes a aprender haciendo que su trabajo de clase sea más relevante.
- Construir asociaciones comunitarias entre escuelas y empresas que mejoren la experiencia educativa de todos los estudiantes.
- Presentar a los estudiantes los requisitos de las profesiones y las industrias para ayudarlos a prepararse para unirse a la fuerza laboral del siglo XXI.
- Fomentar una relación continua entre los jóvenes y los adultos responsables.

Unas pocas horas son suficientes para abrir una ventana al mundo laboral para los jóvenes estadounidenses. Pueden empezar a brindarles una idea de los conocimientos y las habilidades que necesitarán para alcanzar sus sueños. Gracias por considerar la posibilidad de participar en nuestra experiencia de aprendizaje en el trabajo mediante la observación de un puesto de trabajo.

Información para estudiantes

Nombre del estudiante _____ Calificación _____

El estudiante mencionado anteriormente está aprobado para participar en Job Shadowing en:

Nombre de la empresa/lugar de trabajo Número de teléfono comercial

Dirección de la calle del negocio o lugar de trabajo Ciudad Estado Código postal

Nombre de la persona a la que se va a seguir Correo electrónico del supervisor del lugar de trabajo

Nombre del supervisor del lugar de trabajo (en letra de imprenta) Firma del supervisor del lugar de trabajo Fecha

¿Los empleados de este lugar de trabajo realizan trabajos peligrosos? Sí No

En caso afirmativo, explique por favor:

Nombre de la persona que se va a seguir si realiza tareas laborales peligrosas Sí No

Este formulario debe ser enviado antes del _____.

FORMULARIO DE OBSERVACIÓN DE ESTUDIANTES SOBRE EL TRABAJO POR OBSERVACIÓN

POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del estudiante _____ Calificación _____

Nombre de la empresa _____ Fecha _____

Nombre de la persona sombreado _____

Título de la persona sombreada _____

Número de empleados en la empresa: (Marque una) _____0-49 _____50-499 _____500+

Preguntas que el estudiante debe responder:

1. Describe el departamento o lugar de trabajo que visitaste.

2. ¿Qué fue lo que más y lo que menos te gustó de la experiencia de job shadowing?

3. ¿Qué tipos de tecnología se necesitan para realizar las tareas de este trabajo?

4. Si quisiera trabajar en este empleo, ¿qué haría para prepararse para este trabajo en los próximos cinco años, tanto en la escuela secundaria como después de graduarse?

5. Según sus observaciones durante la experiencia de observación, ¿qué proporción del trabajo involucra las siguientes áreas? Marque con un círculo su respuesta.

• Matemáticas	Ninguno	Alguno	Mayoría	Todo
• Ciencia	Ninguno	Alguno	Mayoría	Todo
• Lectura	Ninguno	Alguno	Mayoría	Todo
• Escribiendo	Ninguno	Alguno	Mayoría	Todo
• Estudios sociales	Ninguno	Alguno	Mayoría	Todo
• Tecnología	Ninguno	Alguno	Mayoría	Todo

- Educación física Ninguno Alguno Mayoría Todo

Preguntas que el estudiante debe hacerle a la persona observada.

1. ¿Qué recomendaciones tiene para un estudiante de escuela secundaria o preparatoria que esté interesado en este puesto o uno similar?

2. ¿Qué habilidades laborales son las más importantes en esta carrera?

3. ¿Qué aprendiste en la escuela secundaria/preparatoria que te ayudó más en este trabajo?

4. ¿Qué te hubiera gustado estudiar más en la escuela secundaria o preparatoria?

5. ¿Estás en una posición no tradicional?

6. ¿Qué partes de su trabajo requieren que trabaje con otra persona o en equipo? Explique.

_____ _____

Firma de la persona a la que se hace sombra observada

Título del puesto de trabajo de la persona

_____ _____

Nombre del estudiante

Firma del estudiante

Devuelva este formulario a su consejero escolar en la oficina de orientación antes de_____.
Si no devuelve este formulario completo, se considerará una ausencia injustificada.

COMENTARIOS DEL ANFITRIÓN DE JOB SHADOW

Gracias por participar y ayudarnos con la experiencia de observación laboral. Ayúdenos a evaluar la experiencia respondiendo a los siguientes puntos. La información será útil para mejorar nuestro programa.

Nombre de la empresa/lugar de trabajo Número de teléfono comercial

Dirección de la calle del negocio o lugar de trabajo Ciudad Estado Código postal

Nombre de la persona a la que se hace sombra (en letra de imprenta) Correo electrónico

Nombre del estudiante

1. El estudiante llegó a tiempo. .....SÍ .....NO
2. La vestimenta del estudiante era apropiada. .....SÍ.....NO
3. El estudiante participó en actividades en el sitio de observación laboral. .....SÍ NO
4. El comportamiento del estudiante fue apropiado.....SÍ.....NO
5. ¿Modificó su día para adaptarse al estudiante? Si es así, ¿cómo?
6. ¿Qué beneficio cree usted que obtuvo el estudiante de esta experiencia?
7. ¿Qué fue lo que más te gustó de participar en esta experiencia?
8. ¿Cómo se podría mejorar esta experiencia?
9. ¿Estaría usted dispuesto a participar en este programa nuevamente? SÍ NO
10. ¿Estaría usted o un representante de su empresa dispuesto a figurar en una lista de oradores profesionales disponibles? SÍ NO

Envíe este formulario por fax a la Dra. Charnice Starks-Ray al (803) 735-3381
o por correo electrónico charnice.starks-ray@richlandone.org .

Página dejada en blanco