



## CONTRATO DE SEGURIDAD DE CIENCIA



Yo, \_\_\_\_\_ acuerdo obedecer las reglas siguientes según lo dispuesto en el contrato.  
(IMPRIMIR su nombre aquí)

- A. Seguiré todo lo escrito y las reglas orales (procedimientos de seguridad) dispuestas por mi profesor.
- B. Usaré los anteojos de seguridad sobre mis ojos durante laboratorios como el profesor dirige.
- C. Aprenderé las localizaciones y la operación del equipo de emergencia, incluyendo el “eyewash”, la ducha de seguridad, el extintor, y la manta de fuego.
- D. Actuaré de una manera responsable siempre. Ningún juego o “horseplay” debe ocurrir en el laboratorio o el área experimental.
- E. Nunca incorporaré al cuarto de químicos a menos de que sea supervisado por el profesor.
- F. Los lentes de contacto no deben ser usados a menos de que usted tenga permiso de su profesor.
- G. Mantendré mi área limpia en el laboratorio.
- H. Notificaré al profesor inmediatamente de cualquier emergencia.
- I. Nunca trabajaré solo(a) en el laboratorio.
- J. Yo nunca comeré o beberé en el laboratorio a menos de que sea mandado por el profesor.
- K. Manejaré solamente organismos vivos o especímenes preservados cuando sea autorizado por el profesor.

### Condiciones de Salud

- A. ¿Usa usted normalmente lentes de contacto? \_\_\_\_\_
- B. Proveer por favor la información siguiente: (toda la información dada seguirá siendo confidencial)  
Cualquier condición de salud que necesite ser sabida por el profesor. (ejemplos: embarazo, diabetes, epilepsia, alergia a un producto químico tal como amoníaco o sulfuro, etc.).  
\_\_\_\_\_

Para los propósitos de seguridad, reconozco que puedo recibir un 0 en un grado del laboratorio y ser enviado a la oficina por cualquier acto que comprometa la seguridad de cualquier persona en la sala de clase.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ de la fecha del \_\_\_\_\_.

**PADRES/GUARDIANES:** La seguridad de su niño es de importancia extrema y es por lo tanto imperativo que usted y su niño entienden que las reglas y los procedimientos que se disponen en esta clase. Lea por favor la declaración abajo y firme el contrato que indica su acuerdo con nuestras pautas.

Yo/Nosotros hemos leído el contrato de seguridad de Ciencia y aceptamos los términos del contrato.  
Yo/Nosotros entendemos los peligros inherentes asociados con los laboratorios de Ciencia y la necesidad para que mi hijo o hija siga cuidadosamente las reglas dispuestas por su profesor.

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

E-mail de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ número de teléfono de día \_\_\_\_\_

Proveer por favor la información siguiente: (toda la información dada seguirá siendo confidencial)

Contacto de emergencia durante su clase de Ciencia del hijo o de la hija:

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Contacto Alternativo: \_\_\_\_\_