

BELLAS ARTES DENTON ISD
FORMA DE PERMISO PARA VIAJAR / AUTORIZACIÓN MÉDICA

Esto debe estar en el archivo con el patrocinador de la actividad *antes de* participar en actividades al aire libre y *antes de que* el estudiante pueda participar en cualquier viaje patrocinado.

(Imprimir nombre del alumno) _____ tiene mi permiso para participar en todos los viajes del programa de Bellas Artes para el año escolar _____. Yo libero y eximo a Denton ISD y a todos sus patrocinadores/personal de toda responsabilidad en caso de accidente en los viajes. Se entiende que el estudiante está directamente bajo la responsabilidad de los patrocinadores a cargo del viaje desde el momento de la salida hasta el momento del regreso, lo mismo que si estuviera en asistencia regular de la escuela. Los alumnos deben ir y volver por el mismo medio de transporte, a menos que haya un acuerdo mutuo entre los padres y el patrocinador del viaje.

El estudiante arriba mencionado y otras personas cuyas firmas aparecen debajo, dan su consentimiento para cualquier y todos los tratamientos médicos y quirúrgicos, incluyendo anestesia y operaciones que se consideren necesarias y/o aconsejables por su médico tratante y/o el cirujano. La intención del presente, es la de otorgar la autoridad para administrar y realizar singularmente todos los procedimientos que puedan ahora o durante el curso del cuidado del paciente considerarse convenientes o necesarios. Yo/nosotros también estamos de acuerdo en que el paciente, una vez admitido, deberá permanecer en el hospital hasta que su médico recomiende darlo de alta

Se entiende que los estudiantes de Bellas Artes estarán supervisados tanto cuando estén en ruta como mientras estén en las reuniones y que se tomarán las precauciones normales en el interés de la seguridad y el bienestar de los estudiantes. EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD, SE HARÁ TODO LO POSIBLE PARA PONERSE EN CONTACTO CON EL PADRE(S) o TUTOR(ES) POR TELÉFONO ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO.

En testimonio de nuestro consentimiento y de acuerdo a lo expuesto en los enunciados anteriores, hemos suscrito nuestras firmas a continuación:

_____ Fecha: _____ **Fecha de nacimiento:** / /

FIRMA del Estudiante/Menor

_____ Fecha: _____

FIRMA del Padre/Tutor

_____ Fecha: _____

FIRMA de la Madre/Tutora

Nombre de la compañía de seguros*: _____ (Deje en blanco si no tiene seguro)

Póliza número: _____ Número de grupo: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono del médico: _____

***POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE LA LICENCIA DE MANEJAR DEL PADRE y TARJETA DE SEGURO (si procede)**

Cualquier y todo medicamento(s) al que mi hijo/hija puede ser alérgico: _____

Alimentos u otra(s) sustancia(s) a las que mi hijo/hija puede ser alérgico: _____

Medicamentos que mi hijo/hija está tomando: _____

El medicamento que se está administrando actualmente es para el tratamiento de: _____

¿Su hijo tiene cualquier desventaja o limitación que podría obstaculizar cualquier actividad? (Marque uno) **SI** **NO**
(en caso AFIRMATIVO, describa a continuación. Cualquier disposición especial debe hacerse antes de la actividad o viaje)

En caso de emergencia, me pueden contactar en:

Teléfono de la casa: _____ Domicilio: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____

Dos personas que puedan asumir el cuidado temporal de su hijo en caso de que no podamos contactarlo a usted:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____