



AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ FECHA: _____

A los maestros encargados designados:

En el evento de que, en su opinión, mi hijo requiera tratamiento médico de emergencia, por la presente lo designo a usted como agente y tiene mi consentimiento para que llame a los siguientes médicos después de que haya intentado llamarme por teléfono y no haya tenido éxito.

DOCTOR: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

En el caso de que no podamos comunicarnos con su médico, usted tiene mi permiso, y por la presente lo designo mi agente, para llamar a cualquier médico con licencia regular en el área del itinerario del viaje.

Por la presente lo libero de cualquier reclamo que surja de las acciones del médico y asumo y acepto pagar los cargos del médico por cualquier servicio prestado bajo la dirección del médico.

FIRMA DEL PADRE / GUARDIÁN _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ EMPRESA/TELÉFONO CELULAR _____

Escriba a continuación los nombres de los vecinos, parientes o amigos a quienes se puede contactar si el padre no está disponible:

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

TELÉFONO: _____

Los estudiantes no tienen permitido llevar ningún medicamento (recetado o de venta libre) en el viaje. Si su hijo debe tener medicamentos durante el viaje, comuníquese con la enfermera de la escuela al #: _____ para los formularios e instrucciones necesarios.

Marque **SÍ** o **NO**. (En caso afirmativo, explique utilizando el otro lado de la hoja si es necesario.)

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Tiene el estudiante alguna alergia a medicamentos, alimentos, etc.? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿Hay alguna condición física de la que debemos ser conscientes? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Tiene su hijo (a) una reacción alérgica a las picaduras de insectos/abejas? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Compañía de seguros #: _____ Póliza # _____