



## Forma C

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha del viaje de estudios: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el padre/tutor legal y cuya firma aparece debajo, autorizo por medio de este documento que mi hijo(a) participe en un viaje de estudios. Me doy por enterado de que el viaje de estudios requiere traslados dentro y/o fuera de la Ciudad de McAllen y he sido informado de los detalles del viaje de estudios, incluyendo el destino (s), el nombre (s) de los acompañantes de los estudiantes, la hora y el lugar de salida y regreso del mismo. Estoy enterado que durante este viaje de estudios, mi hijo(a) estará bajo la dirección y la supervisión general de \_\_\_\_\_ (escuela) y de los acompañantes de los estudiantes seleccionados por los representantes escolares, y que mi hijo(a) esta sujeto(a) a alineaciones de comportamiento y buena conducta durante dicho viaje.

Autobus Escolar

Coche alquilado

Autobus Charter

## AUTORIZACION PARA SERVICIOS MEDICOS

En caso que mi hijo(a) necesitara atención médica durante este viaje de estudios, yo por la presente doy mi permiso a \_\_\_\_\_ (escuela) y a los representantes de dicho viaje para trasladar a mi hijo(a) a un médico, hospital, u otra institución médica para su tratamiento. Autorizo completamente cualquier tipo de tratamiento médico que el médico determine necesario. Comprendo que tal vez no pueda ser posible localizarme antes de la aplicación del tratamiento médico a mi hijo(a). Comprendo y acuerdo que yo, y/o mi hijo(a) y otro padre (s) /tutores legales, somos responsables de todos los gastos médicos contratados durante la atención a mi hijo(a) al menos que la lesión sea adquirida durante un viaje de UIL y que \_\_\_\_\_ (escuela) y los representantes del viaje de estudio no sean responsables de dichos gastos.

Además, autorizo a los representantes de \_\_\_\_\_ (escuela) durante dicho viaje de estudios que administren/distribuyan la receta medica y/o medicinas sin receta indicadas al final de esta forma a mi hijo(a). Comprendo que debo completar esta forma y proporcionar a los representantes la información necesaria acerca de cualquier medicina que sea le vaya a administrar/distribuir a mi hijo(a) durante el viaje de estudios.

(Completar la forma al reverso)

Las condiciones médicas (inclusive alergias) que pueden afectar al estudiante durante este viaje de estudios son: \_\_\_\_\_

Medicamentos: Enliste cualquier medicina que el estudiante deba tomar durante el viaje de estudios. Favor de indicar las instrucciones a seguir con cada medicamento y de la razón médica por la cual este medicamento debe ser aplicado.

Medicina	Instrucciones	Razón Médica

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de un contacto en caso de emergencia (en caso de que yo no pueda ser localizado):

\_\_\_\_\_ Números Telefónicos: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro medico en caso de enfermedad \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Documento Fechado en el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, del 20 \_\_\_\_\_.

Nombre del Padre/Tutor Legal (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_