



# FORMULARIO DE PERMISO PARA VIAJE DE ESTUDIO

## ARQUIDIÓCESIS DE WASHINGTON – Escuelas Católicas

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
mm/ dd/ aaaa  
*Nombre legal del alumno (letra de imprenta)*

Nombre de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: ( ) - Teléfono ( ) - Ext. \_\_\_\_\_  
alternativo: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a mi hijo/a, \_\_\_\_\_  
*Nombre completo de padre/madre/tutor(a)* *Nombre del alumno (letra de imprenta)*  
a participar en este evento escolar que puede requerir traslado a un sitio que no sea el de la escuela. Esta actividad tendrá lugar bajo la guía y la dirección de los empleados y/o voluntarios de la escuela <<Type School's Name Here>>.

### La que sigue es una breve descripción de la actividad a desarrollar:

Tipo de evento: \_\_\_\_\_

Fecha del evento: \_\_\_\_\_

Hora estimada de partida desde la escuela: \_\_\_\_\_ Hora estimada de regreso a la escuela: \_\_\_\_\_

Costo del evento: \_\_\_\_\_

Destino del evento: \_\_\_\_\_

Persona a cargo: \_\_\_\_\_

Forma de transporte a/desde el evento: \_\_\_\_\_

En mi carácter de padre/madre y/o tutor(a), soy totalmente y legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por el/la menor antes mencionado(a) (en adelante, “participante”).

Estoy de acuerdo, en mi propio nombre, en nombre de mi hijo/a, cuyo nombre consta más abajo, o de nuestros herederos, sucesores y cesionarios en mantener indemne y libre de responsabilidad a <<Type School's Name Here>>, su parroquia, funcionarios, directores, empleados y mandatarios, así como a la Arquidiócesis de Washington, sus empleados, mandatarios, acompañantes o representantes asociados con el evento, ante cualquier reclamo en virtud de o relacionado con la asistencia de mi hijo/a al evento o cualquier enfermedad o lesión (inclusive la muerte) o bien el costo de cualquier tratamiento médico relacionado con estas circunstancias. Asimismo, me comprometo a indemnizar a la parroquia, sus funcionarios, directores y mandatarios, así como a la Arquidiócesis de Washington, sus empleados, mandatarios y acompañantes o representantes asociados con el evento por los honorarios de abogados o gastos en los que incurriesen en virtud de cualquier acción legal interpuesta contra estos como resultado de dicha lesión o daño, excepto que dicho reclamo se derive de algún acto de negligencia por parte de la parroquia/diócesis.

Nombre de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Nombre completo de padre/madre/tutor(a)

Firma de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Fech

a

Firma

Día de hoy

**Reconocimiento de el padre/la madre/el(la) tutor(a):** Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mi hijo/a se encuentra en buen estado de salud y asumo plena responsabilidad por la salud de mi hijo(a).

*Tratamiento médico de emergencia:* En caso de ocurrir una emergencia, por la presente doy mi autorización para que se traslade a mi hijo/a a un hospital a fin de que reciba tratamiento médico de emergencia o quirúrgico. Manifiesto mi interés en que el hospital o el médico interviniente me advierta sobre cualquier tratamiento que no sea de emergencia, antes de proceder a realizarlo.

En caso de ocurrir alguna emergencia y no sea posible comunicarse conmigo a los números antes indicados, sírvanse contactarse con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la persona a ser contactada en casos de emergencia

Teléfono: ( ) - Teléfono ( ) - Ext. \_\_\_\_\_  
alternativo: \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidados de la Salud: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

Fecha de hoy

*Tratamiento médico que no sea de emergencia (si corresponde):* En caso de que llegue a conocimiento de la parroquia, sus funcionarios, directores y agentes, y de la Arquidiócesis de Washington, acompañantes o representantes asociados con la actividad, que mi hijo/a se siente mal y presenta síntomas tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre o diarrea, deseo que se me lo notifique inmediatamente.

Firma de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

Fecha de hoy

*Medicación (si corresponde):* Actualmente mi hijo/a toma medicación. Llevará todos los medicamentos necesarios y los mismos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para controlar que tome los mismos, inclusive las relativas a dosis y frecuencia, son los siguientes:

*Ingrese los nombres de los medicamentos y las dosis aquí:* \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

Fecha de hoy

No se le administrará a mi hijo/a ningún tipo de medicamento, sea este recetado o no, salvo que se trate de una situación con riesgo para la vida que exija un tratamiento de emergencia.

Firma de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

Fecha de hoy

Por la presente autorizo que se le administre a mi hijo/a, si se considera apropiado, medicamentos no recetados (tales como productos que no contengan aspirina, por ejemplo, acetaminofen o ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabes para la tos).

Firma de padre/madre/tutor(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

Fecha de hoy

*Información médica específica:* La escuela tendrá cuidado razonable en controlar que la siguiente información se mantenga en reserva.

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.):

Vacunas: Fecha de la última vacuna contra el tétano/difteria:

¿Tiene el participante alguna dieta prescrita por el médico?  NO  SÍ

¿Tiene alguna limitación física?  NO  SÍ

¿Experimenta nostalgia (extraña demasiado su hogar), reacciona emocionalmente ante nuevas situaciones, es sonámbulo, se desmaya, todo ello de forma crónica?  NO  SÍ

¿Ha estado expuesto/a últimamente a alguna enfermedad contagiosa, tal como paperas, sarampión, varicela, etc.?  NO  SÍ

Enfermedad:

Fecha

**Usted debe estar al tanto de estas enfermedades o situaciones especiales de mi hijo/a:**

---

---