



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):

Firma

Fecha

a

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:
