

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIAN PARA PASEO
Y AUTORIZACION MEDICA
(Debe ser llenada por Padre/Guardián)**

Favor de llenar y regresar esta forma al maestro encargado del paseo /o actividad. **A ningún estudiante se le permitirá participar en esta actividad sin esta forma.**

_____, el
[Nombre de estudiante (escriba)] [Fecha de Nacimiento]

Estudiante de la Escuela Elemental de Planada o de la Escuela Intermedia Cesar E. Chávez, tiene nuestro (mi) permiso para participar en lo siguiente: (Circule uno)

Descripción de Actividad:			
Destinación (ciudad mas cercana):			
Metodo de Transportación:			
Fecha de Salida:		Hora de Salida:	
Fecha de Regreso:		Hora de Regreso:	
Lugar de Salida:		Lugar de Regreso:	

ASUMPCION DE RIESGOS, RENUNCIAS, INDENIFICACION Y AUTORIZACION MEDICA

Nosotros (yo) estamos (estoy) enterado y reconozco que cualquier actividad cubierta con este permiso, por su naturaleza posee el riesgo de lesiones/ enfermedad a individuos que participan. Algunas de las lesiones/o enfermedades que podrán resultar en participar en estas actividades incluyen, pero no limitan las siguientes.

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|---------------|
| Torceduras/tensiones/paralisis | Infermedades Contajiosas | Inconsciencia |
| Fracturas en los huesos | Lastimaduras de cabeza o espalda | Muerte |
| | Perdida de vista | |

Por la consideración de la oportunidad para que mi hijo/a participe en esta actividad cubierta por este permiso, nosotros (yo)Estamos (estoy) de acuerdo a lo siguiente.

1. Toda persona participando en el paseo o excursión será echo responsable y renunciara a cualquier reclamo contra El Distrito Escolar de Planada (PESD) o al Estado de California por sus lastimaduras, accidente enfermedades o muerte que ocurra durante o por razones del paseo o excursión.
2. En caso de una enfermedad o lastimadura, nosotros (yo) doy consentimiento a tratamiento medico rutinario o / y de emergencia o, servicios recomendados por el doctor, cirujano, o dentista y algún otro procedimiento, exanimación, tratamiento, anestesia, operación y otros procedimientos que crean necesarios o recomendados por el doctor en la escena o/y en el hospital o otras facilidades medicas.
3. Que nosotros (yo) somos (soy) financieramente responsable por cualquier costo y/o deuda ocurrida como resultado por alguna emergencia y/o chequeo médico o tratamiento quirúrgico y servicios recomendados por el doctor, para (mi) hijo/a incluyendo los cargos no cubiertos por la a seguridad.
4. Para indemnizar y no hacer responsables a PESD, sus oficiales, empleados, agentes, representantes, y voluntarios de cualquier reclamo o demanda, y por toda obligación, acción, pérdida, deuda, o daño que pueda salir en conexión con o resulte de los servicios médicos rutinarios o de emergencia o participación de nuestro (mi) hijo/a en cualquier actividad cubierta por este permiso.
5. Nosotros (Yo) comprendemos/comprendo que todas las personas haciendo este paseo o excursión deberán seguir las reglas y regulaciones gubernamentales durante el paseo. Cualquier violación a las reglas podrá resultar en que le individuo sea mandado a casa a costo.
6. Si mi hijo/a tiene una condición medica especial y/o diagnostico por un doctor de una incapacidad física, una descripción de la condición de la incapacidad física es necesario de incluir la en esta forma.

Nota especial a los Padres/o Guardianes

1. Todo medicamento tomado por su hijo/a cuando participen en las actividades cubiertas por este permiso tendrán que ser recetadas por un doctor y tendrán que ser notadas en esta forma.
2. Todo medicamento recetado por un doctor para su hijo/a tendrán que ser administradas por un empleado de PESD.
3. _____ Marque aquí si su hijo/a tiene condiciones medicas especiales que PESD necesite saber y si los medicamentos serán requeridos en el paseo por la condición medica.
4. Escriba los medicamentos que su hijo/a tendrá que tomar durante su participación en las actividades cubiertas por este permiso y por cada medicamento indicado necesitara proveer la razón medica.

Nombre de Medicinas	Dosis	Razón(es)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. Nuestro (mi) hijo/a es alérgico a estas medicinas.	
6. Nuestro (mi) hijo/a es alérgico a estas comidas y materiales. Etc.	

Nosotros (yo) reconozco que hemos (e) leído cuidadosamente este consentimiento del Padre/Guardián Para Paseo y Autorización Medica. Entiendo y estoy de acuerdo con los términos de esta forma.

Padres/Guardián Domicilio:		Ciudad:	
Números de teléfono donde pueden localizarme durante la actividad:			
Nombre de persona en caso de emergencia, si no me pueden contactar:		Numero de teléfono:	
Nombre de la seguridad del estudiante:		Numero de Póliza:	
Imprima el nombre de Padre o guardián:		Firma de Padres:	
Fecha:			

Nota: Esta forma tendrá que estar con el maestro/a durante toda la actividad, una copia tendrá que permanecer en la escuela.

Distrito Escolar de Planada:

Por: _____ (Firma del Principal) _____ (Nombre del Principal)

PES Número de Teléfono -382-0272

CEC Número de Teléfono- 382-0768