



Centro de la Universidad Estatal de San José

Programa de Escuelas de MESA

College of Science, DH-241
One Washington Square
San Jose, CA 95192-0099
Phone: (408) 924-3837, Fax: (408) 924-4026

Escuela: _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA EXCURSIONES / ACTIVIDADES
Y
TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Yo pido que mi hijo(a) (Nombre del Estudiante) _____ sea

permitido(a) participar en la siguiente excursion/actividad de MESA a la:

por medio de: [x]Autobus

Lugar / Horario de ida :

Lugar / Horario de venida (regreso)

En el evento que mi hijo(a), menor de edad, sienta malestar o sostenga una herida cuando esté bajo el cuidado o supervisión de los directores o encargados del program MESA, cualquier de sus representantes o encargados pueden dar permiso para aplicar servicios de auxilio para el mejoramiento del niño(a). Si no es practico regresarlo(a) a nosotros a recibir nuestras instrucciones para el cuidado del niño(a), yo (su nombre) _____ , padre/madres/guardian, si consiento y autorizo a que representantes de MESA actúen como agentes para el/la susdicho(a) niño(a), para cualquier examinacion de rayos-x, anestecia, diagnosis o tratamiento médico o sirurgico, y cuidado hospitalario que sea aconsejable o necesario bajo el Acto de Práctica Médico del personal médico de un hospital con licencia aunque tal diagnosis o tratamiento sea rendido en la oficina del susdicho medico o del susdicho hospital.

Yo comprende que ésta autorización ha sido dada en anticipación de cualquier especifico diagnosis o tratamiento, o cuidado hospitalario que sea requerido. Esta autorización es otorgada en acuerdo con Seccion 25.8 del Código Civil de California y permanece vigente solo pare el evento y el dia mencionado arriba. Padres/Guardianes seran contactados inmediatamente (si es possible), en caso de que una enfermedad o un accidente ocurriese a su hijo(a) en la excursion.

No mantendre/acusaré a la organización de MESA, sus directores o representantes, o el distrito escolar por tratamiento médico que sea afectuado y devolveré a la organización de MESA y/o sus directores o representantes caulquier costo, ya sea médico o de otra índole que hayan sido utilizados para el tratamiento y cuidado de mi hijo(a).

Firma del Padre/Madre/Guardian

Fecha

Telefono de los Padres:

Hogar (Casa)

Trabajo

Emergencia

Doctor de Familia :

Nombre

Domicilio

Telefono

Fecha de ultima vacuna de Tetano: _____ Alergico(a) a que cosas: _____