



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) 924-3798, 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:

**MESA Day** el \_\_\_\_\_ por medio de \_\_\_\_\_

Lugar / Horario de ida : de su escuela a la Universidad- SJSU

Lugar / Horario de venida (*regreso*): de la Universidad –SJSU a su escuela

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 cualquier 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: \_\_\_\_\_