



## 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 del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### 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 excursión/actividad de MESA/SJSU para el evento de Saturday STEM Academy – Computer Programming Theme en **Santa Teresa High School** el día **Sábado – Octubre 11, 2014**

#### Si usa nuestra transportación:

Lugar / Horario de ida: Desde la escuela designada hasta **Santa Teresa High School** (7:00 AM)

Lugar / Horario de venida (*regreso*): Desde **Santa Teresa High School** hasta la escuela designada (1:00 PM)

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 programa 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 (*nombre del padre/madre/ o guardián legal*) \_\_\_\_\_, padre/madres/guardián, si consiento y autorizo a que representantes de MESA actúen como agentes para el/la susodicho(a) niño(a), para cualquier examinación de rayos-x, anestesia, 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 susodicho medico o del susodicho 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 Sección 25.8 del Código Civil de California y permanece vigente solo para el evento y el día mencionado arriba. Padres/Guardianes serán contactados inmediatamente (si es posible), en caso de que una enfermedad o un accidente ocurriese a su hijo(a) en la excursión.

No mantendré/acusaré a la organización de MESA, sus directores o representantes, o el distrito escolar por tratamiento médico que sea efectuado 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/Guardián legal** y Fecha

Teléfono de los Padres: \_\_\_\_\_  
Hogar (Casa) Trabajo Emergencia

Doctor de Familia :

\_\_\_\_\_  
Nombre Domicilio Teléfono

Fecha de ultima vacuna de Tétano: \_\_\_\_\_ Alérgico(a) a que cosas: \_\_\_\_\_