

**HOJA DE PERMISO DE EXCURSION PARA EL ALUMNO  
Y AUTORIZACION MEDICA**

*(Para ser completado por padre, encargado o delegado)*

Favor de completar y regresar esta forma al maestro a cargo de la excursión. **No se le permitirá a ningún alumno participar en esta actividad si esta forma no ha sido devuelta.**

\_\_\_\_\_,  
[Nombre del alumno (Use letras de molde)] Fecha de nacimiento  
El alumno de la escuela, \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en la siguiente actividad:

Destinación: \_\_\_\_\_ Método de transportación: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de salida: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de regreso: \_\_\_\_\_

Sitio de partida: \_\_\_\_\_ Sitio de regreso: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION MEDICA**

Nosotros (yo) tenemos (tengo) conocimiento que cualquier actividad cubierta por este permiso, por su naturaleza, posa el riesgo potencial de daño a los individuos que en ella participen. Considerando la oportunidad ofrecida a nuestro (mi) hijo(a) de participar en las actividades cubiertas por este permiso, estamos (estoy) de acuerdo en lo siguiente:

1. Se considerará que todas las personas responsables de esta excursión están exentas de toda demanda contra el Distrito o el Estado de California por daños, accidente, enfermedad o muerte ocurrida durante o debido a la excursión.
2. En caso de enfermedad o daño, consentimos (consiento) a cualquier tratamiento y/o servicio médico rutinario y/o de emergencia ordenado por el doctor, cirujano o dentista en asistencia y a la administración y ejecución de exámenes, tratamientos, anestesia, operaciones y otros procedimientos que se consideren necesarios o recomendables por el médico en asistencia en la escena y/o en el hospital u otro lugar médico.
3. Que nosotros (yo) somos (soy) los únicos económicamente responsables de cualquier costo y/o deuda como resultado de cualquier emergencia y/o tratamiento rutinario médico y /o quirúrgico ordenado por el médico que atiende a mi hijo/hija/pupilo, incluyendo todos los cargos no cubiertos por seguro.
4. Indemnizar y librar de responsabilidad al Distrito, sus oficiales, empleados, agentes, representantes y/o voluntarios por todos los reclamos y demandas hechas y por cualquier responsabilidad legal, acción, pérdida, deuda o daño que puedan surgir en conexión con, o resultado de, cualquier servicio rutinario y/o médico de emergencia o participación de nuestro (mi) hijo/hija/pupilo en cualquier actividad cubierta por este permiso.
5. Entendemos (entiendo) plenamente que todas las personas participando en la excursión se atenderán a todas las reglas de conducta durante el viaje. Cualquier violación de estas reglas pueden resultar en que el individuo sea enviado a su casa a expensas del padre o encargado.
6. Si nuestra (mi) hijo/hija/pupilo tiene una condición médica especial y/o incapacidad física, la descripción de de tal condición o incapacidad están aquí incluidas.

**Un aviso especial a Padre/ Encargado/Delegado:**

1. Todas las medicinas que su hijo/hija/pupilo toma mientras participa en las actividades cubiertas por este permiso deben estar recetadas por un médico e inscritas en una forma del distrito archivada en la oficina de la escuela y en esta forma.
2. Todas las medicinas recetadas por un médico para su hijo/hija/pupilo deben estar guardadas por un oficial del Distrito.
3. \_\_\_\_\_ Marque aquí si su hijo/hija/pupilo tiene una condición médica especial que el Distrito debe conocer y si la medicina se necesitará para esta condición durante el viaje.
4. Escriba la lista de medicinas que su hijo/hija/pupilo debe tomar mientras participa en las actividades cubiertas por este permiso. Anote la dosis de cada una y la razón para tomar la medicina. **Nota: Todas las medicinas anotadas en esta forma deben estar archivadas en la oficina de la escuela.**

Nombre de la medicina	Dosis	Razón (es)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. Mi hijo/hija/pupilo es alérgico a las siguientes medicinas: \_\_\_\_\_
6. Mi hijo/hija/pupilo es alérgico a los siguientes alimentos, materiales, etc.: \_\_\_\_\_
7.  Le empacaré un lonche  Me gustaría ordenar un lonche para mi niño.

**Declaro que he leído cuidadosamente esta forma de Permiso de Excursión y. Autorización Médica y entiendo y estoy de acuerdo con sus términos**

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfonos donde se pueden comunicar conmigo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia en caso de no poderse comunicar conmigo \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

Compañía del seguro del niño Número de póliza

Dirección: \_\_\_\_\_

Padre/Encargado/Delegado Firma Fecha

**Nota: Esta forma debe estar en posesión durante la actividad y una copia debe de archivar en la oficina de la escuela.**