



**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL PARA UN PASEO  
DE UN DÍA COMPLETO O ESTANCIA NOCTURNA**

NOMBRE DEL ALUMNO:	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL:	TELÉFONO:
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL:	TELÉFONO:

**INFORMACIÓN SOBRE EL PASEO:**

PARROQUIA/ESCUELA:	FECHAS DEL PASEO:
MAESTRO/A DESIGNADO/A – SUPERVISOR:	TELÉFONO:
DESTINO:	
ACTIVIDADES: (Se debe proporcionar un itinerario detallado por separado además del consentimiento de los padres para actividades de alto riesgo)	
MÉTODOS DE TRANSPORTE PARA EL EVENTO:	
FECHA Y HORA DE PARTIDA:	FECHA Y HORA DE REGRESO:
COSTO PARA EL ALUMNO (SI ES APLICABLE):	FECHA PARA COMPLETAR Y DEVOLVER LA FORMA:
ARTÍCULOS QUE EL ALUMNO DEBE TRAER (SI HAY ALGUNO):	

**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL PASEO Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN:**

En consideración a la participación de mi hijo(a), estoy de acuerdo en reembolsar e indemnizar a la parroquia/escuela por todos los honorarios legales y judiciales razonables incurridos por la parroquia/escuela en la defensa de una demanda que yo o que mi hijo(a) podamos presentar contra la parroquia/escuela que se relacione a la actividad antes mencionada si la parroquia/escuela no se encontrara legalmente responsable por los tribunales y prevalece en la demanda. En el caso que se encuentre a la parroquia/escuela jurídicamente responsable de las lesiones sufridas por mi hijo(a), lo dispuesto en este párrafo no se aplicará.

Certifico que comprendo el contenido de este acuerdo y todos los riesgos y peligros asociados con la actividad arriba mencionada en la que mi hijo(a) participará. Además, entiendo que he tenido la oportunidad de hablar y preguntar más sobre este acuerdo con un representante de la parroquia/escuela para aclarar cualquier inquietud o pregunta que yo pueda tener sobre esta actividad o este acuerdo.

Yo he leído la información arriba y doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en todos los aspectos de este paseo:

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL:	FECHA:

Al ingresar mi nombre completo, doy fe de que esta constituye mi firma electrónica legal en esta forma.

- Sí, estoy disponible para servir como chaperón. Me puede contactar al: \_\_\_\_\_
- Marque la casilla si usted opta porque no se publique ninguna imagen, foto o video de su hijo(a) en las redes sociales por ningún chaperón o personal escolar para este paseo.

**PÁGINA 2: AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL PASEO DE UN DÍA COMPLETO O ESTANCIA NOCTURNA:**

**Tratamiento médico de emergencia:** En caso de una emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo(a) a un hospital para recibir tratamiento médico de emergencia. Deseo ser informado por el hospital o el médico antes de que reciba cualquier tratamiento adicional.

En caso de no poder contactar al padre/tutor legal en el número arriba proporcionado, por favor llamar a:

NOMBRE DEL CONTACTO ALTERNATIVO:		TELÉFONO:
NOMBRE DEL MÉDICO:		TELÉFONO:
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO:	# DE PÓLIZA:	
CONDICIONES MÉDICAS PERTINENTES, INCLUYENDO ALERGIAS Y NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES:		

**Otros tratamientos médicos:** En caso de que el niño se enferme con síntomas como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre o diarrea, ¿otorga permiso para darle a su hijo medicamentos sin receta, como acetaminofén, pastillas para la garganta, jarabe para la tos o antiácido?

Sí  No, favor de comunicarse conmigo primero.

**Medicamentos:** Enumere todos los medicamentos, recetados y de venta libre, que el estudiante toma actualmente en casa y durante el día escolar. Incluya todos los medicamentos necesarios y de emergencia. Los medicamentos recetados, no autorizados deben llevar consigo, y estar en envase original y ser entregados al supervisor designado.

MEDICAMENTO:	DOSIS:	CÓMO SE ADMINISTRA:	FRECUENCIA:	FECHA DE INICIO:	FECHA DE SUSPENSIÓN:	EFFECTOS SECUNDARIOS:
1.						
2.						
3.						

**AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS MÉDICOS: REQUISITO PARA LOS MEDICAMENTOS ARRIBA LISTADOS**

Yo autorizo que la escuela/parroquia administre al alumno los medicamentos recetados que están arriba enumerados.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL MÉDICO:		TELÉFONO:
FIRMA DEL MÉDICO:		FECHA:
<b>Inhalador y EpiPen solamente:</b> Este estudiante y sus padres han recibido instrucciones para la autoadministración del medicamento, el estudiante puede traer y cargar su inhalador o su Epi-Pen para autoadministrárselo. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO Y LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO:**

Por la presente yo garantizo que, según mi conocimiento, puedo afirmar con certeza que mi hijo/a se encuentra en buena salud, y yo asumo responsabilidad plena por la salud de mi hijo. Yo le doy permiso a la escuela/parroquia en caso de una emergencia y otro tratamiento médico necesario, para administrar los medicamentos recetados y no recetados a mi hijo/a.	
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL:	FECHA:
<b>Inhalador y EpiPen solamente:</b> Mi hijo(a) puede <input type="checkbox"/> o no puede <input type="checkbox"/> cargar y autoadministrarse el medicamento.	

Al ingresar mi nombre completo, doy fe de que esta constituye mi firma electrónica legal en esta forma.

**PÁGINA 3: ADENDA DE ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO A LA HOJA DE PERMISO DE LOS PADRES:**

<b>PARROQUIA/ESCUELA:</b>	<b>FECHA(S) DE LA ACTIVIDAD:</b>
<b>NATURALEZA DEL EVENTO O ACTIVIDAD (i.e., retiro, paseo, viaje de misión):</b>	
<b>DESTINO/LUGAR:</b>	
<b>DESTINO/SITIO WEB:</b>	

**NOTA IMPORTANTE PARA LOS PADRES:**

Este evento ofrece actividades que se consideran de alto riesgo para los participantes. El personal de la parroquia/escuela y los voluntarios no están calificados para proporcionar instrucción o supervisión para estas actividades de alto riesgo; sin embargo, el destino/lugar ha capacitado al personal que se encargará de estas actividades.

A continuación, se enumeran las actividades de alto riesgo que están disponibles para su hijo. Por favor, indique su aprobación o desaprobación junto a cada actividad. A los estudiantes se les dará una actividad alternativa de bajo riesgo en la que puedan participar si el padre no desea que su hijo(a) participe en una actividad de alto riesgo. Además de este documento, el destino/lugar puede tener una forma de exención de responsabilidad separada que tendrá que firmar para que su hijo(a) participe en la actividad. El sitio web del lugar se proporciona arriba para obtener información adicional. Comuníquese con el personal de la parroquia/escuela si tiene inquietudes respecto a la participación de su hijo(a) en una actividad en particular.

<b>ACTIVIDAD: LISTA PROPORCIONADA POR LA PARROQUIA/ESCUELA</b>	<b>INICIALES DEL PADRE:</b>	
	<b>APROBADA</b>	<b>NO APROBADA</b>

<b>FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>	

**Al ingresar mi nombre completo, doy fe de que esta constituye mi firma electrónica legal en esta forma.**