

DISTRITO ESCOLAR CANYONS

**INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SEGURO**

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA VIAJES Y TRATAMIENTO MÉDICO DE LOS ESTUDIANTES**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_  
Apellido(s) \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección domiciliaria \_\_\_\_\_ Tel. de casa \_\_\_\_\_  
Padres/Tutores \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Vecinos/Parientes locales \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre toda alergia de la cual el estudiante padezca (comida, medicamentos, etc.). Si no tiene ninguna, entonces declare \_\_\_\_\_

Nombre todos los problemas médicos específicos del estudiante. Si no tiene ninguno, entonces declare \_\_\_\_\_

Nombre cualquier medicamento(s) que él/la estudiante está tomando actualmente y el propósito. Si no toma ninguno, entonces declare \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ # de Tel. de la Cía. de Seguro \_\_\_\_\_  
# de Póliza \_\_\_\_\_ # de Grupo/Plan # \_\_\_\_\_  
Médico actual \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

*Por favor adjunte una copia de su tarjeta de identificación de seguro médico.*

**Si usted no tiene cobertura de seguro médico** por favor lea y firme lo siguiente:

Por y en consideración de los bienes y servicios de emergencia recibidos por o a través del (*de los*) médico (*médicos*) de turno, él/la firmante, por y mediante la presente garantiza el pago de la deuda en su totalidad, inmediatamente después de recibida la factura médica final.

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA VIAJES Y TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, él/la firmante, siendo *el padre/la madre* o tutor(a) legal de \_\_\_\_\_  
con fecha de nacimiento, \_\_\_\_\_, por y mediante la presente otorgo autorización para que el estudiante mencionado arriba viaje a \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_, durante (fechas) \_\_\_\_\_; y por y mediante la presente otorgo autorización a los supervisores o chaperones oficiales del viaje escolar a obtener cualquier tratamiento médico de emergencia, quirúrgico y procedimientos de cualquier proveedor médico o médico de turno de una sala de emergencia, en nombre del menor mencionado arriba. Yo también otorgo permiso para que los supervisores o chaperones administren los medicamentos tal y conforme lo indiquen los médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona otorgando consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación/Parentesco con el estudiante

Estado de Utah  
Condado de Salt Lake

El \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_, se presentó ante mí, \_\_\_\_\_,  
\_\_ a quién conozco personalmente  
\_\_ cuya identidad verifiqué en base a \_\_\_\_\_  
\_\_ cuya identidad comprobé con el juramento/ratificación de \_\_\_\_\_  
es él/la firmante del documento que antecede y él/ella reconoció que él/ella lo firmó.

\_\_\_\_\_  
Notario(a) Público(a)