

ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE

PERMISO PARA PARTICIPAR/AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PRESTEN SERVICIOS MÉDICOS

Este formulario se deberá llenar completamente y se le devolverá a la persona encargada de organizar las actividades (*SPONSOR*), antes que al estudiante se le permita practicar, competir, tomar parte en representaciones o participar en actividades extraescolares o complementarias.

El padre/tutor de _____ quien estudia en la escuela _____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE ESCUELA
mediante su firma al final de esta página, otorga permiso para que el estudiante participe en la siguiente actividad:

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE LA ACTIVIDAD
MEDIO DE TRANSPORTE: AUTOBÚS, AUTO PARTICULAR, OTRO	HORA APROXIMADA DE PARTIDA / HORA APROXIMADA DE REGRESO

El padre o tutor legal reconoce que en toda actividad o excursión hay cierto grado de riesgo y que el Distrito escolar no puede garantizar la seguridad de los participantes. Con conocimiento de dicho riesgo, el padre o tutor otorga permiso para que el estudiante participe.

En caso de que ocurra un accidente que requiera atención urgente, si fuese factible, se hará un esfuerzo prudencial para notificarle al padre o tutor legal. Mediante la firma que aparece abajo, el padre o tutor legal autoriza el tratamiento médico de urgencia o la hospitalización que considere necesario el personal de socorro o el personal médico. SI SU HIJO(A) TUVIESE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECIAL O DEBA TOMAR UN MEDICAMENTO REGULARMENTE, USTED DEBERÁ LLENAR EL REVERSO DE ESTA HOJA. La persona encargada de la actividad llevará consigo una copia de este permiso.

Se espera que tanto los estudiantes como el personal escolar den muestra de los principios morales en los que se funda el programa *CHARACTER COUNTS*: respeto, civismo, consideración, honradez, justicia y responsabilidad. Se espera que todos los estudiantes que participen en actividades extraescolares o en viajes de estudio se comporten de ese modo dentro y fuera de la escuela. La participación en actividades extraescolares es un privilegio que se le concede al estudiante y del cual debe hacerse merecedor. Al participar en esas actividades el estudiante estará representando a su escuela y a su comunidad y se espera que en todo momento observe las más altas normas de conducta. Se espera que los estudiantes observen todas las normas prescritas en el Manual de Comportamiento para los Estudiantes de *APS*, así como el código de conducta de la escuela a la que asisten.

El estudiante que durante un viaje de estudios requiera tomar un medicamento por prescripción médica, de antemano deberá advertirle eso a la persona encargada de la actividad. Se guardará una copia de la receta médica en los archivos de la enfermería de la escuela. Tal vez sea necesario hacer arreglos especiales para transportar el medicamento que deba tomar el estudiante.

CONTACTO EN CASO DE URGENCIA - FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA (PADRE/MADRE) NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO (PADRE/MADRE)

NOMBRE DE OTRA PERSONA PAR LLAMAR EN CASO DE URGENCIA / PARENTESCO / TELÉFONO

MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO EL ESTUDIANTE ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS

Estamos de acuerdo con lo que se indica arriba

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FECHA

FIRMA DEL PATROCINADOR

RE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA A ESTUDIANTES QUE SE ENFERMEN O SUFRAN LESIONES, O QUE DEBEN TOMAR UN MEDICAMENTO REGULARMENTE, O QUE TENGAN CONDICIONES MÉDICAS QUE REQUIERAN TRATAMIENTO, MIENTRAS PARTICIPAN EN ACTIVIDADES O VIAJES DE ESTUDIO PATROCINADOS POR LA ESCUELA.

Estimado padre o tutor de _____
Nombre del estudiante

El distrito de Escuelas Públicas de Albuquerque desea evitar dificultades al procurar servicios médicos para los estudiantes que puedan enfermarse o sufrir lesiones durante las actividades patrocinadas por la escuela. Como padre o tutor de un estudiante que participe en una actividad patrocinada por la escuela, es necesario que de antemano usted dé su consentimiento para que se le hospitalice, para que reciba atención médica y para que se le intervenga quirúrgicamente en caso de que ocurra una situación crítica. Si no da su consentimiento, usted deberá indicarnos lo que prefiere que se haga.

En caso de enfermedad o lesión, se hará un esfuerzo prudente de comunicarse con usted para que de antemano dé su consentimiento para que el estudiante reciba servicios médicos. Si no podemos comunicarnos con usted, la persona a cargo de la actividad actuará en nombre de usted y dará su consentimiento para que se brinden esos servicios, con base en la autorización por escrito que usted dio de antemano. La autorización está en el formulario de consentimiento que aparece a continuación.

La selección de un médico o de un hospital se hará con base en lo que prefiera la familia, si se supiese. Si ésta no se conociese, se llevará al estudiante al hospital más cercano o a uno que concuerde con las circunstancias existentes.

AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PRESTEN SERVICIOS MÉDICOS

Yo, el padre/tutor legal de _____ he leído lo anterior y por este medio
(Nombre del alumno)

designo a la persona a cargo de la actividad o viaje de estudios para que actúe en nombre mío en caso de que ocurra una situación de urgencia médica. Esa persona podrá dar su consentimiento par la hospitalización, la atención médica y la intervención quirúrgica que se requiera en una situación crítica debido a la enfermedad o a las lesiones que haya sufrido mi hijo(a) mientras participaba en actividades patrocinadas por la escuela. Por este medio asumo la responsabilidad financiera por la hospitalización, atención médica e intervención quirúrgica que se le preste.

1. Enumere las condiciones médicas (incluso las alergias) de las cuales deban tener conocimiento la persona encargada y los chaperones. _____

2. Los medicamentos que el estudiante deba tomar o se le deban administrar durante un viaje de estudios o cuando participe en una actividad extraescolar o complementaria, para lo cual se hallenado un formulario donde se autoriza que lo(s) tome en la escuela. _____

3. Medicamento(s) por prescripción médica que el estudiante deba tomar o se le deba(n) administrar en caso de urgencia, para lo cual se ha llenado un formulario donde se autoriza que lo(s) tome en la escuela. _____

(Firma del padre / tutor)

(Fecha)

(Firma del estudiante)

(Fecha)

**SE AUTORIZA LA PRESTACIÓN LIMITADA DE SERVICIOS MÉDICOS
O NINGUNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS**

SI USTED HA AUTORIZADO LA PARTICIPACIÓN DE SU HIJO(A) EN UNA ACTIVIDAD O EN UN VIAJE DE ESTUDIO PERO NO AUTORIZA QUE SE LE PRESTEN SERVICIOS MÉDICOS, SÍRVASE COMUNICAR POR ESCRITO Y ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO LOS PROCEDIMIENTOS QUE HAN DE SEGUIRSE SI SU HIJO(A) SUFRIESE ALGUNA LESIÓN O SE ENFERMARA DURANTE LA EXCURSIÓN.

LA PERSONA A CARGO DE LA ACTIVIDAD DEBERÁ TENER CONSIGO ESTE FORMULARIO EN TODO MOMENTO DURANTE TODAS LAS EXCURSIONES.