

# HOJA DE PERMISO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL RUNNING CLUB DE MONTGOMERY ELEMENTARY

He leído la descripción del programa Running Club y mis iniciales y firma abajo indican que doy permiso para que mi hijo (o hijos)

Nombre(s) del niño(s) \_\_\_\_\_  
participe en el programa Running Club de Montgomery en la fecha y horario indicado  
\_\_\_\_\_ (iniciales del padre o madre o apoderado).

Tengo entendido que es mi responsabilidad proporcionar transporte a mi hijo para asistir a este programa. Mi hijo saldrá de la escuela : \_\_\_\_\_ (iniciales del padre o madre o apoderado).

Caminando \_\_\_\_\_ En bicicleta \_\_\_\_\_ En Carro \_\_\_\_\_

Yo como padre, madre o apoderado, entiendo que por permitir que mi hijo participe en este club, he renunciado a todas las demandas contra el club, los organizadores, el Davis Joint Unified School District y sus empleados por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante la sesión o en virtud de la participación en esta actividad.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre o apoderado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
# de teléfono después de la escuela

\_\_\_\_\_  
Grado del niño y maestra

\_\_\_\_\_  
Grado del niño y maestra

\_\_\_\_\_  
Grado del niño y maestra

**POR FAVOR VEA EL DORSO DE LA PÁGINA ➡**

Procedimientos de emergencia para padres o tutores/Verificación de seguros  
(Formulario 2b)

**FORMULARIO ESTÁNDAR PARA EL AÑO ESCOLAR 2012/13**  
(NOTIFIQUE A LA ESCUELA SOBRE CUALQUIER CAMBIO)

(I), (Nosotros), los padres/tutores abajo firmantes de \_\_\_\_\_, alguien menor de edad, por medio de la presente, autorizamos al DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DAVIS, para ser un agente representativo por este estudiante en nuestra ausencia, para que autorice exámenes de rayos X, anestesia, diagnósticos médicos o quirúrgicos y cuidado en un hospital, según lo que se recomiende bajo la supervisión general o específica del médico o cirujano licenciado, de acuerdo con la Ley de Medicinas, ya sea esta diagnosis o tratamientos se dan en la oficina del médico o en un lugar médico debidamente licenciado.

Se entiende que este permiso se da antes de que se necesite cualquier diagnosis, tratamiento o cuidado en un hospital, pero se da para otorgar autoridad y poder a los agentes ya mencionados para que den consentimiento específico, en caso de cualquier emergencia médica, a cualquier diagnosis, tratamiento o cuidado en un hospital que el médico ya mencionado, según su mejor juicio profesional, determine recomendable. Se da este permiso de acuerdo con las provisiones de la Sección 25.8 del CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA.

El bajo afirmante acepta pagar todos los gastos de los servicios médicos ya mencionados. Se otorga este permiso hasta el fin de este año académico.

Padre de familia o  
Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre de familia o  
Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel. alternativo en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_

Problemas de salud (ej. alergia grave, diabetes, ataques cerebrales, asma, jaquecas, salud mental, etc.)  
\_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos regularmente? Sí \_\_\_ No \_\_\_, si es así, escríbalos: \_\_\_\_\_  
(complete el formulario de medicamentos adjunto si se necesitará tomar medicamentos durante la excursión)

Compañía de seguros médicos/contra accidentes: \_\_\_\_\_

No. de póliza de seguros: \_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Es la responsabilidad del padre/tutor actualizar esta información. Favor de notificar a la oficina si algo se cambia.

El Distrito Escolar Unificado Davis tiene seguros médicos para estudiantes. Si no tiene seguros médicos, o si quiere seguros adicionales para eventos por un precio económico, podrá conseguir información sobre seguros escolares médicos complementarios de la secretaria de su escuela.

**POR FAVOR VEA EL DORSO DE LA PÁGINA** ➡