



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MONTEBELLO

AUTORIZACIÓN CONFIDENCIAL PARA TRATAR A UN MENOR

FORMA REQUERIDA DE LIBERACIÓN MÉDICA PARA:

Apellido, Nombre, Inicial Media del Estudiante _____

Yo (nosotros) los suscritos padres o tutores legales del estudiante nombrado arriba, un menor, hemos confiado tal menor dentro del cuidado del Distrito Escolar Unificado de Montebello (MUSD o Distrito), y a otros adultos para el propósito de tomar parte en todas las actividades y obligaciones conforme a lo relacionado para ser un estudiante participante en _____

Nombre del programa o descripción de Excursión (Por favor sea específico),

ejemplo, Paseo de la Banda a Londres, Inglaterra

En tal conexión, yo (nosotros) el suscrito, autorizo a tales adultos cuidadores el consentir a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado hospitalario para ser prestado a tal menor bajo las supervisiones generales o especiales y bajo el consejo de un médico y cirujano licenciado bajo las provisiones del Acta de Práctica Médica, o, si en otro estado o país, bajo las provisiones de la ley en ese estado o país gobernando la práctica de medicina; y además autorizo a tales adultos cuidadores a consentir a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y cuidado hospitalario para ser prestado a tal menor por un dentista licenciado bajo las provisiones del Acta de Práctica Dental, o, si en otro estado o país, bajo las provisiones de la ley en ese estado o país gobernando la práctica de odontología. La decisión por tales adultos cuidadores debe ser hecha después de la consideración debida de todos los factores y circunstancias que padres razonables en una situación similar tomarían en consideración. Es entendido que el esfuerzo debe ser hecho para contactar a los suscritos antes del tratamiento prestado al menor nombrado arriba, pero que cualquiera de los tratamientos de arriba no serán rehusados si el suscrito no puede ser localizado.

Yo (nosotros) el suscrito, adicionalmente autorizo a tales adultos cuidadores y al MUSD para disponer para tratamiento por técnicos médicos de emergencia (es decir, paramédicos) y contratar una ambulancia u otro vehículo de emergencia para transportar a tal menor a un lugar conveniente donde sea proporcionado cuidado médico o dental. Es entendido que el Distrito Escolar Unificado de Montebello no puede asumir responsabilidad por el pago de los costos médicos o gastos incurridos. Yo (nosotros) el suscrito entiendo que esos arreglos van a ser hechos a mi (nuestro) costo.

Por y en consideración de permitirme y/o a mi hijo/pupilo menor el participar en la actividad descrita arriba, el suscrito por este medio voluntariamente libera, exonera, desiste y renuncia a cualquier y a todas las acciones o causas de acción por daño personal, daño corporal, avería a la propiedad o muerte injusta ocurrida a él o a ella misma surgiendo en cualquier medio cualesquiera que sea a causa de la participación en dicha actividad o cualquier actividades incidental a eso en cualquier parte que sea o de cualquier modo lo mismo pudiera ocurrir y por cualquier período en que dichas actividades pudieran continuar. El suscrito por él mismo/ella misma, sus herederos, ejecutores, administradores y asignados por este medio liberan, desisten de la ejecución y renuncian a cualquier acción o causas de acción antedichas, las cuales pudieran surgir en lo sucesivo para él mismo/ella misma y para su estado y consiente que bajo no circunstancia él/ella o sus herederos, ejecutores, administradores y asignados proseguirán, presentarán ningún reclamo por daño personal, daño corporal, avería de propiedad o muerte injusta en contra del Distrito Escolar Unificado de Montebello (Distrito) o ninguno de sus oficiales, servidores o empleados por cualquiera de dichas causas de acción, ya sea que lo mismo pudiera surgir por la negligencia de cualquiera de dichas personas, o por lo contrario.

El suscrito por este medio admite que él/ella con conocimiento y voluntariamente asume todos los riesgos de daño corporal a él mismo/ella misma y/o a su hijo/pupilo como manifestado y admite expresamente su intención mediante la ejecución de este instrumento para eximir y relevar al Distrito, sus oficiales, agentes y empleados de cualquier responsabilidad por daño personal, daño corporal, avería de propiedad o muerte injusta que pudiera surgir de o en cualquier manera estar conectada con la actividad descrita arriba. Yo he leído lo antedicho y he firmado este acuerdo voluntariamente. Me doy cuenta de los riesgos potenciales involucrados en esta actividad y estoy completamente informado de las consecuencias legales al firmar este instrumento. Además reconozco que el Distrito no proporciona seguro de responsabilidad para este programa ni el Distrito proporciona cobertura médica para participantes en esta actividad.

Enliste o anexe cualquier restricción a lo antedicho.

Si no hay ninguna, por favor complete la "AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA Y CONTACTO DE EMERGENCIA" y firme con tinta.

Fechado este día _____ de _____
(Mes) (Año)

Firma(s) de Padre(s)/Tutores(s):

