**Forma de Consentimiento para Participación de Actividad y Tratamiento**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el padre/tutor legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_doy mi consentimiento para que mi hijo participe en las actividades o viajes después del horario escolar y/o fuera del Distrito Escolar como se describe aqui:

Viajes patrocinados por Ulysses USD #214 durante el año escolar 2012-2013

Yo más aún doy mi consentimiento legal y autorizo a cualquier representante de Ulysses USD #214 que autorize tratamiento medico de emergencia, incluyendo cualquier cirugia o hospitalización, para mi hijo/a mencionado, por cualquier herida o enfermedad de una emergencia que el/ella incurrio durante la participación de un viaje o actividad nombrado arriba por un medico o dentista autorizado en acuerdo con la provision de Kansas Healing Arts Act, K.S.A 65-2801 y cualquier hospital.

Yo estoy de acuerdo pagar y asumir toda la responsabilidad de gastos medicos y hospitalización y cualquier servicio de emergencia incurrido durante el tratamiento medico a favor de mi hijo/a. Yo reconozco y acepto que Ulysses USD#214 no es responsable por cualquier gasto o cargo de medico, o de hospital incurridos por mi hijo/a. Una fotocopia de este document tendra el mismo poder y efecto asi como el original.

Si mi hijo/a requiere tratamiento de emergencia medico, Yo entiendo que el personal puede proveer tratamiento medico de emergencia si es necesario. Yo tambien entiendo que el personal de la escuela hará un intento razonable para comunicarse conmigo para obtener mi permiso para autorizar tratamiento. Para facilitar comunicarse conmigo, yo acepto proveer a la esculea numeros de telefon del trabajo y de la casa.

**Este formulario debe ser firmado y devuelto a la escuela si el estudiante mencionado arriba debe participar en viajes o actividades**.

**Padre o tutor legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Padre o tutor legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Informacion del Estudiante en caso de emergencia

Nombre de Estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias o enfermedades crónicas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos de Diario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informacion de contacto en caso de Emergencia

Nombre de padre/tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: Domicilio (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: Domicilio (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de contaco de emergencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: Domicilio (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la persona mencionada arriba no puede ser contactada, nosotros, los firmantes padres/tutor del estudiante identificado arriba, por este medio concede autorizacion a los oficiales del Distrito Escolar comunicarse directamente con el siguiente médico y por este medio certificar que somos los padres/tutor del dicho menor, y autorizamos al medico nombrado abajo prestar tal tratamiento como dicho medico en una emergencia, por la salud del niño/a , sin autorizacion más álla de lo expresado. En dado caso que el medico nombrado no pueda ser contactado, o ambos estamos disponibles para dar nuestro consentimiento o referencia a otro medico, nosotros por este medio autorizamos a los oficiales de la escuela contactar cualquier medico autorizado, y por este medio autorizamos al dicho medico que rinda cualquier tratamiento segun el/ella crea necesario, en lo que el/ella considere ser emergencia, por la salud del menor mencionado. Yo ademas entiendo que los gastos incurridos como resultado de uso de ambulancia, tratamiento de medico, o tratamiento en un hospital o clinica, no seran sostenidos por la escuela o personal de la escuela.

Médico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: Cuando un estudiante se enferma o es herido en un viaje de actividad, practicamente es seguro que la escuela no podra proveer atencion medica por medio del medico principal elegido. En dados casos cuando el estudiante esta fuera del distrito escolar, no se le dara cuidado de emergencia sin esta forma de consentimiento.

**Rechazo de consentimiento**

Yo NO DOY consentimiento para tratamiento medico en una emergencia de mi hijo/a. Yo entiendo que firmando “Rechazo de Consentimiento” mi hijo/a no podra participar en actividades y viajes fuera del distrito.

Firma de padre/tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firmado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_