

## Autorización de Padres/Tutores para Viajes Extracurriculares Regulares y Consentimiento para Tratamiento de Emergencia de Estudiantes

Apellido del Estudiante	Nombre	Segundo Nombre	Nivel de Grado
Actividad Extracurricular			Año Escolar

Como padre/tutor del estudiante arriba indicado (o estudiante adulto), otorgo mi permiso para que mi hijo (o yo) viaje y participe en todas las actividades programadas de forma regular/de rutina del grupo extracurricular designado para el año escolar actual. Comprendo que todos los estudiantes deben trasladarse desde y hacia todas las actividades organizadas por la escuela en el transporte proporcionado por el Distrito, según la Política del Consejo FMG. Se podrá otorgar una excepción para que un estudiante sea entregado a la custodia de su padre/madre al completar la actividad si se recibe y aprueba una solicitud escrita antes del viaje. Se entiende que será necesario completar una nota con un permiso separado para actividades adicionales que requieran viajes, para que mi hijo participe.

Queda entendido que ni Katy Independent School District ni ninguno de sus administradores, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización se responsabilizarán por ningún accidente o lesión que pudiera ocurrirle al estudiante arriba indicado como resultado de cualquier aspecto de su participación en estos viajes.

Declaro que ante el caso de una emergencia, enfermedad o accidente por el cual no se pueda contactar a uno de los padres, se intentará la comunicación con una de las personas de contacto para casos de emergencia indicadas a continuación. No obstante, si no se puede localizar a ninguno de ellos, autorizo a los funcionarios de la escuela a tomar cualquier acción que consideren necesaria a su criterio, por la salud de mi hijo. Me responsabilizaré por cualquier costo incurrido en el caso de que mi hijo deba ser trasladado en ambulancia y recibir atención médica.

Como padre(s)/tutor(es) del estudiante arriba mencionado, menor de edad, mediante el presente autorizo al/a los miembro(s) del personal de Katy Independent School District a que actúe(n) como mi(s)/nuestro(s) representante(s), para otorgar cualquier consentimiento para la realización de estudios radiográficos, aplicación de anestésicos, diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y/o atención hospitalaria que se considere aconsejable y se brinde bajo la supervisión general o especial de un médico/cirujano matriculado, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento sea prestado en el consultorio de dicho médico/cirujano o en un hospital. El distrito les informará a los padres/tutores, a través de la información de contacto proporcionada a continuación, sobre cualquier tratamiento administrado al estudiante.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica necesaria, y que se entrega para otorgar la autoridad y el poder a de dicho(s) representante(s) para dar el consentimiento específico para cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria de este tipo que el médico/cirujano previamente mencionado, haciendo ejercicio de su mejor criterio, pudiera considerar aconsejable, antes de que se brinde cualquier tratamiento.

Mediante la presente autorizo/autorizamos a que cualquier hospital que le haya proporcionado tratamiento al menor arriba mencionado entregue la custodia física de dicho menor al/a los representante(s) al finalizar el tratamiento.

Queda entendido que debo/debemos asumir la responsabilidad legal de los gastos incurridos para el tratamiento médico que pudiera no estar cubierto por mi/nuestro seguro personal, Medicaid o Medicare.

Nombre del Padre/Tutor: (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)		
Teléfono Particular del Padre	Teléfono Laboral del Padre	Teléfono Celular del Padre
Nombre de la Madre/Tutor(a): (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)		
Teléfono Particular de la Madre	Teléfono Laboral de la Madre	Teléfono Celular de la Madre

### Información sobre el Seguro

Nombre del Titular de la Póliza de Seguro: Apellido			Nombre		Segundo Nombre	
Compañía de Seguros						
Número de Póliza				Número de Grupo		
Tipo de Plan de Seguro <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro: _____						

### Información Médica

Por favor, tener en cuenta que: Mi hijo tiene las siguientes alergias/condiciones médicas y/o que actualmente está tomando los siguientes medicamentos:

Firma del Padre/Tutor:	Fecha
------------------------	-------