

**North Coast Schools' Insurance Group**  
**Viaje de Estudio/Excursión – Renuncia y Autorización Médica - Menor**

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en las actividades enlistadas a continuación.  
Comprendo totalmente lo siguiente:

1. La participación en estas actividades es voluntaria.
2. Yo puedo revocar este permiso en cualquier momento, por escrito al distrito escolar.
3. La revocación no será efectiva hasta que el distrito escolar acuse recibo.

**Como lo establece el Código de Educación de California, Sección 35330:**

**“Se considera que toda persona que esté en el viaje o la excursión haya renunciado a todas las reclamaciones contra el distrito, una escuela “charter”, o el Estado de California por lesiones, accidente, enfermedad o muerte ocurrida durante o por razón del viaje o la excursión.”**

	Actividad	Lugar	Fecha Aproximada
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

**Consentimiento para el Tratamiento**

En el caso de enfermedad o lesión durante un viaje o excursión, por este medio doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos-X, anestesia, diagnóstico médico, quirúrgico, dental o tratamiento y hospitalización que sean considerados necesarios conforme al mejor juicio del los doctores o dentistas a cargo y que sean realizados por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o establecimiento que proporcione servicios médicos o dentales.

**Una nota especial a los padres/tutores de acuerdo con el Código de Educación Sección 49423:**

- 1) \_\_\_\_\_ Marque aquí si **no** hay problemas especiales que el personal debe saber y no hay medicinas que suministrar durante el viaje.
- 2) Todas las medicinas deben ser registradas en esta forma junto con las instrucciones por escrito del doctor que las recetó.
- 3) Todas las medicinas recetadas, excepto aquellas que deben mantenerse en la persona del estudiante para usarse en caso de emergencia, deben ser guardadas y distribuidas por el personal.

Si su hijo/a tiene un problema médico especial, anexe una descripción del mismo a esta hoja. Gracias.

Yo comprendo totalmente que los participantes están sujetos a todas las normas y reglamentos que gobiernan la conducta durante el viaje. Cualquier violación a estas normas y reglamentos puede resultar en que la escuela llame a los padres y arregle que su hijo/a sea transportado a su hogar por cuenta de los padres o hijo/a.

\_\_\_\_\_  
*Firma de Padre o Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Estudiante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Compañía de Seguros de Salud, de los Padres o Tutores / MEDI-CAL*

\_\_\_\_\_  
*Número de la Póliza*

No doy mi consentimiento para tratamiento médico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma de Padre o Tutor*