

**RECONOCIMIENTO Y ASUNCION DE RIESGO POTENCIAL
CONSENTIMIENTO PARA TRANSPORTAR Y TRATAR
Voluntario Evento Deportivos/Actividad**

ESTE FORMULARIO NO PUEDE SER ALTERADO DE ALGUNA MANERA

El Permiso para la Participación Voluntaria

_____ tiene mi permiso para participar en las actividades que se enumeran a continuación.
Entiendo perfectamente lo siguiente:

1. La participación en estas actividades es voluntaria y no se requiere;
2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación al distrito escolar por escrito; y
3. La revocación no es efectiva hasta que la recepción es reconocida por el distrito escolar.
4. _____ (deporte o actividad), por su propia naturaleza, representa algún riesgo inherente de un participante que este gravemente herido. Estas lesiones pueden incluir, pero no se limitan a, lo siguiente:
5. El viaje de estudio / excursión puede incluir pero no se limitara a:

a. Esguince/torceduras	c. Cortes/abrasiones	e. Parálisis	g. Lesiones en la	h. Perdida de la vista
b. Los huesos fracturados	d. Inconsciencia	f. Desfiguración	cabeza	i. Muerte

Consentimiento para el Transporte

En conformidad con el Código de Educación de California, Sección 35350, mi firma da permiso para el transporte (si es aplicable).

Consentimiento para Tratar

En caso de enfermedad o lesión, doy mi consentimiento para el examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento y la atención hospitalaria médica, quirúrgica, o dental se considera necesario en el mejor juicio de los médicos a cargo y /o dentista y realiza o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital, centro u oficina proporcionar servicios médicos y /o dentales.

Inicial en todas las casillas correspondientes a continuación y proporcionar información adicional cuando sea necesario.

- _____ No hay problemas especiales que el personal debe tener en cuenta y no hay medicamentos que deben ser administrados.
- _____ El siguiente medicamento(s) es/son para ser administrados durante esta actividad: _____. Instrucción escrita de un médico sobre dispensar se debe adjuntar a este formulario. Todas las recetas, con excepción de aquellas que deben estar siempre en la persona del estudiante en caso de emergencia, deben ser mantenidas y distribuidas por el personal.
- _____ Mi hijo tiene alergias, un problema médico especial, u otros factores que participan-limitante, de los cuales el personal debe ser consciente: _____.
- _____ No transfusión de sangre o productos de sangre deben ser dados.

Entiendo perfectamente que mi estudiante debe cumplir con todas las normas y reglamentos de conducta durante esta actividad. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar que la escuela se ponga en contacto conmigo para organizar el transporte a casa para mi hijo a mi gasto completo. Estoy de acuerdo en mantener el _____ Distrito Escolar, sus empleados, agentes, voluntarios y/ o patrocinadores, y cualquier otra persona, empresa o corporación cargada o cargo con responsabilidades o libre de responsabilidad y de cualquier y todos los reclamos, demandas, danos, costos, gastos, pérdida de servicios, la acción y las causas de acción resultante de la utilización de las instalaciones, el equipo y la participación de mi hijo(a) en la actividad mencionada anteriormente.

_____ Firma del padre/ Tutor Legal o Estudiante mayor de 18 años

_____ Fecha

_____ Dirección donde los padres estén durante la actividad

_____ Teléfono donde los padres pueden ser localizados durante la actividad

Bajo la ley estatal, se requiere que los distritos escolares se aseguren de que todos los miembros de los equipos atléticos escolares tengan seguro contra lesiones que cubra los gastos médicos y hospitalarios. Algunos alumnos pueden calificar para inscribirse en programas de seguro de salud patrocinado por el gobierno federal, local, estatal, sin costo o bajo costo. La información sobre estos programas puede ser obtenida llamando al 1-888-747-1222.

Examen médico y la liberación ha sido completado en _____ por _____. Se requiere exámenes médicos para todos los participantes jugadores de campo, incluyendo porristas. Miembros de la banda, jefes de equipo y los estudiantes de ROP (participantes es decir, no jugadores de campo) están exentos de examen médico.

_____ Padres/Guardianes Compañía de seguro de salud / MEDI-CAL

_____ Numero de póliza

_____ Médico Particular del Estudiante

_____ Número de Teléfono