



## Autorización para Atención Médica

Nombre del Estudiante (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

1er Contacto en Caso de Emergencia/No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

2o Contacto en Caso de Emergencia/No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor de enumerar cualquier condición médica, restricciones, alergias y medicamentos:

\_\_\_\_\_

Seguro Médico Principal (Compañía Aseguradora y Número de Póliza):

\_\_\_\_\_

Nombre de los Padres en Letra de Imprenta/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Edad del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_

Entiendo que el estudiante anteriormente mencionado participará desde el 23 de septiembre del 2017 al 30 de julio del 2018 en el Programa de MOSTe y actividades del mismo, incluyendo pero no limitándose a: talleres, retiros, y visitas locales o de larga distancia a colegios comunitarios, salidas con sus mentores, proyectos de servicio voluntario, y otros paseos

### **Primeros Auxilios y Tratamiento Médico de Emergencia:**

Reconozco que podrá haber ocasiones en que a resultado de un accidente, enfermedad, lesión u otra condición de salud, el menor anteriormente mencionado requiera primeros auxilios o tratamiento de emergencia. Por este medio, autorizo para que los representantes de MOSTe de considerarlo necesario, procuren y obtengan cualquier atención o tratamiento médico para el menor anteriormente mencionado, incluyendo hospitalización. Acuerdo pagar por todos los costos y cargos que surjan de la acción de obtener tratamiento médico. Asimismo, me comprometo a pagar cualquier cargo u honorario por una lesión o enfermedad ocurrida posteriormente a la actividad/evento.

Firma de los Padres o Tutores Legales:

Date:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de los Padres o Tutores Legales:  
(Letra de Imprenta)

Date:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_