

**DISTRITO ESCOLAR PRIMARIO NÚM. 1 DE PHOENIX**  
**PERMISO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDAD**

Este formulario debe llenarse por completo y regresarse al/a la maestro/a o patrocinador antes de que se le permita al/a la estudiante participar, practicar, competir, y/o tomar parte en actividades extracurriculares o co-curriculares, incluyendo salidas de campo.

El padre/la madre/el guardián de \_\_\_\_\_, que asiste a \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE NOMBRE DE LA ESCUELA  
da permiso, indicado mediante la firma al pie de esta página, para que este/a estudiante participe en la actividad

\_\_\_\_\_  
BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

\_\_\_\_\_  
FECHA(S) DE LA ACTIVIDAD

\_\_\_\_\_  
TRANSPORTE POR: AUTOBÚS U OTRO

\_\_\_\_\_  
/ EST. HORA DE SALIDA / EST. HORA DE REGRESO

El padre/la madre/el guardián reconoce que estas actividades y/o viajes incluyen cierto riesgo y que el distrito escolar no puede garantizar la seguridad de los/las participantes. Conociendo el riesgo, el padre/la madre/ el guardián otorga permiso para que el/la estudiante participe.

En caso de que un accidente requiriera cuidados de emergencia, se hará un esfuerzo razonable para notificar al padre/la madre/el guardián si esto es posible. Por medio de la firma de abajo, el padre/la madre/ el guardián autoriza por la presente tratamiento médico de emergencia y/o la hospitalización que la respuesta de emergencia o el personal médico considere necesaria. **SI SU NIÑO/A TIENE NECESIDADES MEDICAS ESPECIALES O SI NECESITA TOMAR MEDICAMENTOS EN FORMA RUTINARIA, USTED DEBE COMPLETAR EL OTRO LADO DE ESTE FORMULARIO.** Una copia de este formulario de permiso acompañará al patrocinador de la actividad.

Se espera que los/las estudiantes y el personal den muestra de las virtudes de respeto, ciudadanía, solidaridad, cuidado, confianza, imparcialidad y responsabilidad.

Se espera que todos/as los/las estudiantes que participen en actividades extracurriculares o salidas de campo practiquen estas cualidades tanto dentro como fuera de la escuela. La participación en actividades extracurriculares es un privilegio que se les ofrece a los/las estudiantes. Los/las estudiantes que participan en estas actividades actúan como representantes de su escuela y comunidad y se espera que mantengan los más altos estándares de comportamiento en todo momento. Se espera que los/las estudiantes observen todos los estándares del código de conducta del Distrito Escolar Primario de Phoenix en el manual de sus escuelas individuales.

Se requerirá que los/las estudiantes que necesitan medicamentos recetados durante el curso del viaje de campo le informen esto anticipadamente al patrocinador de la actividad. Una copia de la receta del medicamento extendida por el doctor debe estar archivada en la oficina de la enfermera de la escuela. Puede ser que se requiera hacer arreglos especiales para el transporte de los medicamentos de los/las estudiantes.

**INFORMACIÓN PARA CONTACTO DE EMERGENCIA – POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE**

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DEL/DE LA ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR DEL PADRE /DE LA MADRE

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO DEL PADRE/DE LA MADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
MEDICAMENTO(S) QUE ESTÁ TOMANDO EL/LA ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
ALERGIAS CONOCIDAS A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS

Estamos de acuerdo con lo que se declara arriba.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/DEL GUARDIÁN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL/DE LA ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

Puede ser que el/la estudiante no pueda participar en la actividad si el formulario de permiso está incompleto.

**DEBE COMPLETARSE  
LA PARTE DE ATRÁS**

## AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS MÉDICOS

**EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO ES TRATAR LOS SERVICIOS MÉDICOS PARA LOS/LAS ESTUDIANTES ENFERMOS/AS O LESIONADOS, O ESTUDIANTES QUE HABITUALMENTE TOMAN MEDICAMENTOS O QUE TIENEN CONDICIONES MÉDICAS QUE PUEDEN REQUERIR TRATAMIENTO, MIENTRAS PARTICIPAN EN ACTIVIDADES PATROCINADAS POR LA ESCUELA O EN VIAJES DE CAMPO.**

Estimado/a padre/madre/guardián de \_\_\_\_\_,  
NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE

El Distrito Escolar Primario Núm. 1 de Phoenix desea evitar dificultades al obtener servicios médicos para estudiantes que puedan enfermarse o lesionarse durante actividades patrocinadas por la escuela. Como el padre/la madre/el guardián de un/a estudiante que está participando en una actividad patrocinada por la escuela, es necesario que usted de su consentimiento, por anticipado, para hospitalización, atención médica, y cirugía para su niño/a en caso de que ocurriera una emergencia. **Usted debe suministrar indicaciones si no se da el consentimiento.**

En caso de enfermedad o lesión, se hará un esfuerzo razonable para comunicarse con usted para obtener consentimiento por anticipado para que se suministren servicios médicos. Si no pudiéramos comunicarnos con usted, el patrocinador de la actividad dará el consentimiento para dichos servicios para su niño/a actuando de su parte con base a autorización por escrito por anticipado. Esta autorización está en el formulario de consentimiento de abajo.

Se seleccionará un doctor u hospital con base a la preferencia de la familia, si se conoce. Si la preferencia de la familia no se conoce, el/la estudiante se llevará al hospital más cercano o a uno consistente con las circunstancias existentes.

### AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS MÉDICOS

Yo, el padre/la madre/el guardián de \_\_\_\_\_, he leído lo de arriba y  
NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE

por la presente designo al patrocinador de la salida o actividad de campo para actuar de mi parte en el caso de una emergencia médica. El/ella puede autorizar dicha hospitalización, atención médica y cirugía como se pudiera requerir en una emergencia debida a enfermedad o lesiones que sufriera mi niño/a al encontrarse participando en actividades patrocinadas por la escuela. Por la presente asumo responsabilidad financiera por la hospitalización, atención médica y cirugía suministrada.

1. Lista de condiciones médicas (incluyendo alergias) que el patrocinador o que el acompañante debe conocer:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Medicamentos recetados, para los que se ha llenado un formulario de autorización que se ha llevado a la escuela, que el/la estudiante debe tomar o que se le deben administrar mientras está en una salida de campo o participando en actividades extracurriculares o co-curriculares:

\_\_\_\_\_

3. Medicamentos recetados, para los que se ha llenado un formulario de autorización que se ha llevado a la escuela, que el/la estudiante debe tomar o que se le deben administrar en una emergencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/EL GUARDIÁN

\_\_\_\_\_  
FECHA

### AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS MÉDICOS LIMITADOS O PARA NO SUMINISTRAR SERVICIOS MÉDICOS

**SI SE PERMITE LA PARTICIPACIÓN EN UNA SALIDA AL CAMPO O ACTIVIDAD PERO NO SE AUTORIZAN SERVICIOS MÉDICOS, POR FAVOR ADJUNTE UNA DECLARACIÓN ESCRITA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE DEBEN SEGUIR SI SU NIÑO SE LESIONA O SE ENFERMA DURANTE EL VIAJE.**

**ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN POSESIÓN DEL PATROCINADOR EN TODO MOMENTO DURANTE TODOS LOS VIAJES.**

**DEBE COMPLETARSE LA  
PARTE DE ATRÁS**

Puede ser que el/la estudiante no pueda participar en la actividad si el formulario de permiso está incompleto.