

Angelo Del Toro

PUERTO RICAN | HISPANIC YOUTH LEADERSHIP INSTITUTE

March 10-12, 2018

CERTIFICACIÓN DE PERMISO PATERNAL/ MEDICO

POR ESTE MEDIO SE CERTIFICA QUE LOS PADRES/GUARDIANES DE:	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	
1. NOMBRE DEL PADRE LOS PADRES/ENCARGADOS:	NUMERO TELEFONICO DE PADRES/ENCARGADOS:
	CELULAR ()
	CASA ()
	TRABAJO ()
2. DIRECCION:	
3. NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE EMERGENCIA:	
NUMERO TELEFONICO DE LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE EMERGENCIA: ()	
3. POR FAVOR IDENTIFIQUE ALLERGIAS/CONDICIONES ESPECIALES/MEDICAMENTOS/DIETA ESPECIAL:	

Los que aquí firman en consideración de los beneficios que recibirá nuestro hijo/hija en el Instituto del 2018 PR/HYLI, certificamos que él/ella puede participar en cualquier rutina educativa y recreativa del programa con referencia al programa de PR/HYLI. Se entiende que la partida para Albany será en Marzo 9 o 10 del 2018 y que mi hijo/hija estará de regreso el lunes, Marzo 12 del 2018.

Por lo tanto, comprendemos que Questar III, El departamento de Educación, sus oficiales, agentes, instructores y empleados no son legalmente responsables de cualquier enfermedad o accidente causado o sufrido por mi hijo/hija mientras viaje, asista, o participe en el programa PR/HYLI desde el momento de partida hasta su regreso.

Además, esto certifica que damos permiso, en caso de una emergencia, para que se le administre ayuda médica o servicios clínicos según sea recomendado u ordenado por un médico acreditado, incluso la administración de anestesia, exámenes de laboratorio, tratamiento médico o quirúrgico, exámenes de rayos x, y otros servicios médicos. Se da aquí autorización al médico, hospital, y/o a la clínica para obtener y proporcionar la información médica necesaria para completar formularios de seguros.

Firma del padre o de la madre/encargado:	Fecha
---	--------------

