

Ángelo Del Toro
INSTITUTO DE LIDERAZGO JUVENIL PUERTORRIQUEÑO E HISPANO

CONSENTIMIENTO PATERNAL/ MÉDICO

POR ESTE MEDIO SE CERTIFICA QUE LOS PADRES/ENCARGADOS 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 CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

NUMERO TELEFONICO DE LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE EMERGENCIA:

()

4. FAVOR DE IDENTIFICAR CONDICIONES MÉDICAS, MEDICAMENTOS, DIETA ESPECIAL Y/O ALERGIAS DEL ESTUDIANTE:

En consideración de los beneficios que recibirá nuestro hijo/hija por su participación en el Instituto de Liderazgo Juvenil Puertorriqueño e Hispano (PR/HYLI), que se llevará a cabo del 7 al 9 de marzo de 2020, certificamos que él/ella puede participar en cualquier actividad normal o de rutina educativa o recreacional del programa PR/HYLI. Se entiende que la participación para Albany será del 7 al 9 de marzo y que mi hijo/hija estará de regreso el lunes, 9 de marzo de 2020.

Se notificará a Questar III, el Departamento de Educación, sus oficiales, agentes, instructores y empleados de cualquier enfermedad o accidente ocurrido con mi hijo/a mientras viaja a, asiste o participa en el programa de PR/HYLI desde el momento de partida de su hogar hasta su regreso.

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 PRHYLI 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, madre o encargado:

Fecha:

