

## Distrito Escolar Independiente de Ennis

### FORMULARIO DE TRATAMIENTO MÉDICO Y CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN DE ACTIVIDAD DEL ESTUDIANTE (PASEO)

Ennis ISD está orgullosa de ofrecer la oportunidad para que nuestros estudiantes participen en el \_\_\_\_\_ **[describir evento, viaje, o actividad, incluyendo el grupo, el destino y la fecha de salida]**. Le pedimos que lea y firme este formulario como condición de participación en la actividad.

TENGA EN CUENTA QUE ESTE DOCUMENTO TIENE CONSECUENCIAS LEGALES IMPORTANTES, INCLUYENDO UNA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR LESIONES O DAÑO SUFRIDO Y UN ACUERDO INDEMNIZAR ENNIS ISD PARA RECLAMACIONES AFIRMÓ COMO RESULTADO DE TALES LESIONES O DAÑOS. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA CON RESPECTO AL EFECTO DE ESTE COMUNICADO, SE LE ANIMA A CONSULTAR CON UN ABOGADO.

Yo, \_\_\_\_\_ (padre o guardián) de \_\_\_\_\_, deseo que mi hijo/a o pupilo participen en \_\_\_\_\_ **{describe el evento, viaje o actividad, incluyendo el grupo, el destino}** y la fecha de la actividad. Me doy cuenta de que cualquier evento implica algún riesgo posible inherente de lesión a mi hijo/a o pupilo.

YO VOLUNTARIAMENTE RENUNCIA A CUALQUIER Y TODAS LAS ACCIONES, RECLAMOS Y DEMANDAS DE, EN, O POR RAZÓN DE CUALQUIER DAÑO O PÉRDIDA DE PERSONA O PROPIEDAD QUE YO O MI HIJO/ A O PUPILO PUEDA SUFRIR DIRECTAMENTE EN EL CURSO DE O COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE CASO, INCLUYENDO RECLAMACIONES O DEMANDAS DE CUALQUIER ORIGEN, INCLUIDOS LOS DERIVADOS COMO RESULTADO DE LA NEGLIGENCIA DE EL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE ENNIS, SUS ADMINISTRADORES, EMPLEADOS, REPRESENTANTES Y AGENTES, EN TANTO SU OFICIAL Y CAPACIDADES INDIVIDUALES, DE CUALQUIER Y TODAS LAS RECLAMACIONES, POR ACCIÓN U OMISIÓN DE.

Además, entiendo que, como padre o guardián legal, puede ser responsable si mi hijo/a o pupilo causa lesiones corporales a otros individuos, causa daños a la propiedad de bienes muebles o inmuebles, o se involucra en una conducta que da a las personas perjudicadas el derecho a restitución. En el caso de terceros partes presenten demandas resultantes de las acciones de mi hijo/a o pupilo en el viaje, yo estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne al Distrito Escolar Independiente de Ennis, sus administradores, empleados, y agentes, tanto en sus capacidades oficiales y particulares, de cualquier y todas esas reclamaciones.

Por favor, marque uno o ambos, según el caso, y luego firmar:

#### Consentimiento para Tratamiento Médico

Por la presente autorizo a los patrocinadores de este evento, en nombre del Distrito Escolar Independiente de Ennis, en el caso de una emergencia médica durante el evento, dar su consentimiento para el tratamiento médico de mi hijo/a o pupilo, \_\_\_\_\_ (nombre del hijo/a o pupilo).

Entiendo que este comunicado de mí, mis cesionarios, mis representantes personales, y mis herederos se unirá. He leído y entendido este consentimiento a la Participación Actividad Estudiantil y Tratamiento Médico y han asignado de manera voluntaria, con pleno conocimiento de su importancia, en valiosa consideración de la participación de mi hijo/a pupilo en el evento.

Consentimiento para la Administración de Medicamentos

Por la presente solicito a los patrocinadores de este evento para administrar a mi hijo/a los medicamentos listados en este formulario. Reconozco que la escuela no se comprometen cualquier de turno va a administrar drogas o medicamentos, o para supervisar o participar en cualquier automedicación, todos los cuales siguen siendo mi responsabilidad. Entiendo que la escuela no está legalmente obligado a almacenar o administrar medicamentos a los estudiantes y no lo hará, ya sea de manera temporal o sobre la base de ir, salvo acuerdo especial. Antes de cualquier medicamento se administra por la escuela, voy a dar los medicamentos en sus envases originales de la farmacia, con el nombre del niño y las instrucciones del médico en la etiqueta, y voy a proporcionar un escrito, autorización firmada por un médico, que incluye instrucciones completas.

Mi hijo/a o pupilo es alérgico a:

---

---

Mi hijo/a o pupilo tiene las siguientes condiciones médicas especiales:

---

---

Mi hijo/a o pupilo toma los siguientes medicamentos con receta:

---

---

Entiendo que este comunicado de mí, mis cesionarios, mis representantes personales, y mis herederos se unirá. He leído y entendido este consentimiento a la Participación Actividad Estudiantil y Tratamiento Médico y he firmado voluntariamente con pleno conocimiento de su importancia, en valiosa consideración de la participación de mi hijo/a o pupilo en el evento.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante  
(requerido si el estudiante es mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Las siguientes personas pueden poner en contacto a los siguientes números si no estoy disponible en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono.