

# Forma del consentimiento parental Lanzamiento de la responsabilidad

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del Nino(a) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Numero do Telefono \_\_\_\_\_ Grado Corrente o Ultimo Grado Completado \_\_\_\_\_  
Numero de Celular de Padres \_\_\_\_\_ Numero de Telefona de Trabajo \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia Alternativo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO de PADRE:

Yo \_\_\_\_\_ como padre/madre o encargado de \_\_\_\_\_  
Le autorizo a participar o asistir en las actividades patrocinadas por Lebanon Valley Youth for Christ (LVYFC).  
Libro a LVYFC, sus Directores, Oficiales, Empleados, Voluntanos o Agentes de esta organizacion de toda  
responsabilidad de cualquier accidente, enfermedad, perdida o dano de cualquier propiedad u objeto de el  
menor. Asumo el riesgo y la responsabilidad financiera de cualquier assidente por resultado de la  
participacion del menor.

En caso de emergencia entiendo que esfuerzos rasonables Seran llevados a cabo para localizarme. En caso de  
que no sea hayado. Yo doy permiso para asegurar el tratamiento adecuado; inyeccion o anestesia o sirugia a  
mi nino\nnina. Esta firma les asegura que soy responsable y acepto pagar todo costo medico y servicios dentales  
sometidos el or ella.

Esta firma tambien asegura que el menor puede viajar en cualquier vehiculo asignado por el personal de  
LVYFC mientras participa o atiende en las actividades patrocinadas por LVYFC.

Yo doy consentimiento de cualquier uso de video, fotografias, grabaciones de menor mientras participa en las  
actividades patrocinadas por LVYFC para ser usadas, distribuidas, or mostradas por LVYFC.

Firma del estudiante (si es mayor de 18 anos) \_\_\_\_\_

Nombre en letra da molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre or guardian (si el niño es menor de 18 anos) \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Porfavor complete y firme laparte deatras de este formulanio.**

(Uso de oficina: Director del Programe, guarde este formulano en sus documentos.)

# Formulario Médico

Nombre \_\_\_\_\_ Birthday \_\_\_\_\_

## Marque las cajas que aplique:

### Alergias

- Comida \_\_\_\_\_
- Mani \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_
- Sazon \_\_\_\_\_
- Aspirina \_\_\_\_\_
- Penicilina \_\_\_\_\_
- Otros Medicamentos \_\_\_\_\_

### Enfermedades

- Condición del corazón \_\_\_\_\_
- Convulsiones/ataque epileptico \_\_\_\_\_
- Presion alta \_\_\_\_\_
- Desmayos \_\_\_\_\_
- Molestia de estomago frecuente \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Migrana \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

### Algun tratamiento o medicina que el nino/nina necesita diariamente?

- No \_\_\_\_\_
- Sí Si explique la lista \_\_\_\_\_
- El niño puede tomar su medicación por si mismo.
- El niño debe hacer que esto sea administrada por un adulto.

### Compania de seguro

Numero de la polica de seguro?

- No \_\_\_\_\_
- Sí \_\_\_\_\_

Seguro Compania \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_ de la póliza de seguro

Firma del padre/madre o gurdian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_