

EXHIBIT F

SPRING BRANCH INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA VIAJES

Esta sección tendrá que ser completa por un representante del viaje:

Este documento será presentado al personal apropiado en caso de intervención debida a una emergencia médica, dental, quirúrgica o de hospitalización que sea requerida.

El centro medico mas cercano: _____

Dirección: _____ Telefono: _____

Yo/Nosotros, los padres o guardianes legales de _____,

menor de edad, designamos a un agente de SBISD de la Escuela _____
Plantel educativo

para actuar en nuestro nombre y autorizar intervención médica, dental o quirúrgica y hospitalización para el bienestar del niño(a) mencionado anteriormente durante el período de mi ausencia. Esta autorización es dada con mi/nuestro entendimiento de que tratarán de localizar/localizarnos antes de que se administre un tratamiento para cualquier situación donde no haya riesgo de vida o muerte, utilizando la información que yo/nosotros hemos proporcionado.

Firma del padre/guardian

Fecha

Dirección

Ciudad, Estado/Código postal

Teléfono de la Casa

Teléfono durante el día
(donde usted puede ser localizado durante el viaje)

Información de seguro médico del estudiante mencionado

Nombre de la compañía de seguros
o entidad gubernamental

Identificación o número de grupo

Nombre del médico de la familia

Número de teléfono del médico de la familia

Aclaración de Falta de Seguro Médico

(Complete esta forma si usted no tiene seguro médico)

Quando no se ha establecido prueba de seguro, se entiende que los padres del estudiante deben asumir responsabilidad legal por los gastos incurridos por accidentes que puedan ocurrir a los estudiantes durante las actividades co-curriculares. He leído y entiendo lo anterior.

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Nombre del Estudiante

Maestro(a)