



AUTORIZACION DE VIAJE Y TRATAMIENTO MEDICO PARA ALATEEN

Esta forma debe ser llevada durante el viaje de ida y vuelta de cualquier evento de Al-anon/Alateen
CONDUCTOR - MAPSA **MENOR**

(Miembro de Al-Anon dedicado al servicio de Alateen)

(Miembro de Alateen)

Nombre:
Dirección:
Ciudad, Código Postal:
Teléfono:

Nombre:
Dirección:
Ciudad, Código Postal:
Teléfono:

Por la presente autorizo al conductor mencionado anteriormente, transportar al menor mencionado anteriormente desde y hacia el siguiente destino:

Punto de Inicio de Viaje: _____

Nombre del Evento y Direccion: _____

Punto Final de Viaje: _____

Firma autorizada de padre ó custodio legal

Teléfono

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

En caso de emergencia, (Yo), (Nosotros), los padres cuya firma se anexa (custodios) del menor mencionado antes, con fecha de nacimiento de ____/____/____, autorizo al **MAPSA** mencionado antes como representante de los padres y custodios para decidir por cualquier rayos x, examen medico, anestesia, diagnosis medico o quirúrgico o tratamiento y atención hospitalaria que sea recomendada , y es ofrecida bajo la supervision general y especial de cualquier profesional médico y/o dental autorizado o cualquier individuo que trabaje bajo la supervision de cualquier profesional médico y/o dentista professional independientemente de la ubicacion.

Se cree que dan esta autorización antes de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención hospitalaria que se podría requerir y se da para proporcionar la autoridad y el poder al profesional mencionado en el ejercicio de su mejor juicio que considere conveniente. Esta autorización es de acuerdo con las estipulaciones del Código civil del estado de California y debe permanecer en vigor

de _____ hasta _____
fecha (día/mes/año) fecha (día/mes/año)

Reconozco que, como los padres/tutores del miembro, yo soy responsable del pago de los servicios médicos requeridos y obtenidos en el nombre de los miembros de Alateen. Libero al evento, en el que han participado mi niño, de cualquier daño que mi hijo sufra como resultado de su participación en esta actividad o del tratamiento médico.

Padre ó Custodio : (escribir claramente): _____

Padre ó Custodio:(firma): _____

Número de Teléfono en caso de Emergencia: (1) _____ (2) _____

Información sobre el seguro médico: Compañía: _____ Numero de Poliza: _____

Por favor indique cualquier alergia : _____

Por favor indique cualquier medicamento que actualmente están tomando: _____
(Incluya prescripción y medicinas sin receta médica tal como penicilina, anestésicos locales, aspirina, sulfonamidas o sedantes).

CUALQUIER PERSONA QUE UTILICE CUALQUIER MEDICACIÓN DEBE REPORTAR ESTA INFORMACIÓN AL CONDUCTOR AL ENTRAR EN EL VEHÍCULO