

El Centro Para Las Artes "Patricia M. Sitar"
2525 Ontario Road, NW • Washington, DC 20009
Telefono: 202-797-2145

Autorización De Los Padres a Estudiantes

(Menores de 18 Años)

Yo, (Sr.Sra.Srita.) _____ soy (somos) el (los) encargado(s) legal(es) de
_____ quién nació el _____
nombre del hijo (niño) _____ mes/día/año

Y por medio de este escrito doy mi consentimiento para que mi hijo o hija participe en cualquier actividad auspiciada por El Centro Sitar. Yo cedo el derecho al Centro Sitar para que use las fotografías e imágenes de mi hijo(a) en las publicaciones del Centro Sitar, en materiales y medios electrónicos publicitarios. Al firmar este documento yo me doy por enterado(a) que ni el Centro Sitar, tampoco alguien de su personal o voluntarios serán sujetos a culpabilidad en el evento de accidentes, daños o lesiones a mi hijo(a). El Centro Sitar tomará toda precaución razonable para proveer la seguridad de mis hijos, mientras estén participando en las actividades del Centro Sitar, las cuáles algunas veces incluye viajes en automóviles dentro del área Metropolitana de Washington, DC, se exceptúa al Centro Sitar de responsabilidad por las relaciones de los voluntarios con mis hijos fuera de las actividades autorizadas y auspiciadas por el Centro Sitar. Yo llamaré al Centro Sitar, al numero telefónico escrito arriba, en el caso de que yo tenga alguna pregunta con respecto a los programas auspiciados vs. los programas no auspiciados.

Firma del padre responsable: _____ **Fecha:** _____
Firma del padre responsable: _____ **Fecha:** _____
Firma del padre responsable: _____ **Fecha:** _____

Autorización Para Tratamiento Médico De Emergencia

Está el estudiante tomando alguna medicina? _____ Sí lo está, qué medicamento? _____

Es el estudiante alergico a alguna medicina? _____ Si lo es, a qué medicamento? _____

Agencia del seguro de salud del estudiante _____

Empleador del Padre o Madre _____ Posición que desempeña _____

Dirección del lugar de trabajo _____

Teléfono del lugar de trabajo _____ Fax _____ Correo-e _____

Teléfono de casa _____ Telefono para emergencias: _____

En emergencias, notificar a (nombre completo) _____

El infrascrito padre o encargado (legal) del participante arriba mencionado por este medio otorgo mi consentimiento en el caso de que todos los intentos razonables por el personal medico autorizado para ponerse en contacto conmigo en los números telefónicos arriba inscritos hayan sido en vano, para:

1. Proveer de cualquier tratamiento que sea considerado necesario por algún médico que esté ejerciendo legalmente su profesión.
2. El traslado del participante a un hospital que sea razonablemente accesible.

Esta autorización no incluye cirugía mayor a menos que -la opinion médica de otro medico que ejerza legalmente concuerden en la necesidad de tal operación quirúrgica-, sea obtenida antes de llevar a cabo tal operación.

Escriba su firma completa _____ Fecha _____

Dirección del hogar _____ # de apartamento _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Escriba su firma completa _____ Fecha _____

Dirección del hogar _____ # de apartamento _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Escriba su firma completa _____ Fecha _____

Dirección del hogar _____ # de apartamento _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____