

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES/CUSTODIOS PARA EXAMEN MÉDICO

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Teléfono del Trabajo o Para Emergencias del Padre/Tutor: _____

Comprendo que las normas del Educación de California y de la Mesa directiva local requieren que todos los estudiantes que participan como porristas, líderes de canto o los atletas en deportes competitivos organizados, cuenten con la constancia de una evaluación médica actualizada en su archivo del Distrito. Además, los estudiantes deberán tener autorización médica para participar en programas atléticos entre escuelas. Dicha autorización médica se requiere renovar cada año.

Comprendo que se puede cumplir el requisito del examen médico a través de un doctor privado autorizado y calificado. Comprendo adicionalmente que durante el evento de Summerfest en 255 W. Stanley Avenue, Ventura 93001, del **21 de mayo, 2016**, Kaiser Permanente está ofreciendo exámenes médicos gratuitos para los estudiantes. Kaiser Permanente ofrece este servicio gratuito como servicio público y por ser uno de los patrocinadores del evento Summerfest que es organizado por la Asociación de Educación de Ventura (VEP). Este servicio limitado está ofrecido por Kaiser Permanente a través de médicos autorizados, con el propósito de que obtengan el permiso para participar en los deportes escolares.

Comprendo que no es requisito del VUSD obtener un examen médico con Kaiser Permanente como condición para competir en atletismo. Kaiser Permanente es una compañía particular sin afiliación al VUSD ni al VEP. Cualquier lesión, acción, disputa, etc. que podría surgir como resultado del examen médico es únicamente entre el paciente y Kaiser Permanente. El VUSD ni VEP promocionan a Kaiser Permanente o a otros médicos, sobre cualquier otro proveedor de salud para este servicio.

Por la presente autorizo a los doctores y otros profesionales del personal de Kaiser Permanente a que proporcionen este servicio para mi hijo o hija. Comprendo que se me permite y recomienda acompañarlo durante su examen físico. Comprendo que el presente consentimiento sólo corresponde a este servicio particular provisto por Kaiser Permanente y que no corresponde a ningún otro servicio o tratamiento. Comprendo que no habrá costo para ningún estudiante o su familia por este servicio.

Comprendo que el reporte que se complete para el examen médico se le enviará al estudiante. Es la responsabilidad del estudiante traer a la escuela la autorización médica.

Comprendo que esta autorización es sólo para el servicio del examen médico ofrecido el **21 de mayo, 2016** en Ventura, California, y que dicha autorización no es de naturaleza continua. Cualquier examen en el futuro necesitará autorización cuando se imparta. Comprendo que puedo revocar, restringir o revisar por escrito este consentimiento en cualquier momento.

Firma del Padre/Tutor/Custodio: _____ **Fecha:** _____

Escriba su Nombre en Letra Imprenta: _____ Parentesco con el Estudiante: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono de la Casa (si es diferente que el de arriba): _____

¿El padre/tutor/custodio habla inglés? Sí No Si marcó no, ¿qué idioma habla? _____

Firma del Estudiante: _____ **Fecha:** _____