



Autorización Para Tratar A Un Menor

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Nombre(s) del padre/madre/tutor _____

DIRECCIÓN _____

Celulares) _____

Yo, _____, padre o tutor legal de _____, por la presente nombro a los impulsores de espectáculos y música instrumental de la Escuela Secundaria El Toro, incluidos los chaperones, para que sean mi apoderado legal (agente) para realizar todos y cada uno de los actos que podría realizar si Estuve presente con el siguiente propósito:

Autorizar cualquier tratamiento médico de emergencia para la salud y el bienestar de mi hijo mientras participa en cualquier actividad de la banda, incluidas, entre otras, prácticas, partidos de fútbol, competencias y excursiones para el año escolar 2023-2024.

Contactos de emergencia que no sean el padre/tutor. Enumere dos con números de teléfono.

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Seguro médico _____

Dirección _____ Número

de teléfono _____ Número de póliza _____ Nombre del

suscriptor _____



El Toro High School
Instrumental Music & Pageantry Boosters

Historial Médico

Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____

¿Su hijo tiene alguna alergia a los medicamentos? Si es así, enumere:

¿Su hijo tiene alguna otra alergia? Si es así, enumere:

¿Tiene su hijo algún problema médico a largo plazo que debamos conocer? Por favor explique:

Enumere los nombres de todos los medicamentos que toma su hijo:

Con respecto a la comida: ¿Tiene su estudiante alguno de los siguientes

Alergias a los alimentos: _____

Fuertes disgustos: _____

Preferencias Fuertes: _____

** No podemos acomodar las preferencias/gustos de todos y cada uno de los estudiantes. Pensé que hacemos todo lo posible para comunicar lo que se servirá con antelación.

¿Hay algo más que deberíamos saber?

Nombre y apellido del padre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

*La autorización es válida hasta el 30 de junio de 2024.