

MARCHA DEL ORGULLO DEL MUNICIPIO DE LAWRENCE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y
CONSENTIMIENTO MÉDICO Mayo 2023– Mayo 2024

Apellido: _____ Primer
Nombre: _____ MI: _____ Graduación: _____

Escuela: otoño de 2023 (marque uno): LN ___ LC ___

Este documento contiene: (1) un consentimiento para Community Health Network, Inc. (Community) (o el centro médico de emergencia más cercano), para iniciar y proporcionar tratamiento médico a su estudiante in en caso de una lesión o enfermedad accidental que requiera una evaluación urgente; (2) un formulario de información médica y de contacto de emergencia; y (3) un Certificado de Estudiante/Padre y formulario de Consentimiento. Es muy importante que lea y complete todas estas secciones y formularios detenidamente y **firmar todas las secciones/formularios por separado**. Si el estudiante tiene 18 años o más, debe firmar por sí mismo. **Los padres no pueden firmar para los estudiantes que tienen 18 años o más. El incumplimiento de estas instrucciones puede resultar en que su estudiante no pueda participar en el programa de la banda de marcha.**

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para que Community (o el centro de emergencia más cercano) inicie cualquier tratamiento médico o de primeros auxilios para _____ (nombre del estudiante) en caso de una lesión accidental o una enfermedad. Entiendo que se intentará contactarme lo más rápido posible en tal caso. Si no puedo ser contactado, Community puede iniciar el tratamiento que Community y su personal crean que es lo mejor para el estudiante mencionado anteriormente. Reconozco que he leído esta declaración, he completado y proporcionado a la escuela la Hoja de Información de Contactos de Emergencia, y por la presente doy mi consentimiento.

Signature of Parent/Guardian: _____ Printed: _____
Relationship to student: _____ Date: _____

Información del estudiante:

Fecha de nacimiento: _____ Compañía de seguro médico: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____
Nombre del médico: _____ Número de teléfono del
médico: _____
Hospital preferido (si corresponde): _____
Alergias: _____

¿Tiene el estudiante alguna de las siguientes condiciones (indique sí o no): asma ___; baja azúcar en la sangre ___; diabetes ___; desmayos ___; convulsiones ___; anemia falciforme ___; problemas del corazón ___; otros _____

Medicamentos Actuales: *Tenga en cuenta si el estudiante tomará los medicamentos en casa o los traerá a la escuela/práctica Y si desea que el personal/voluntarios guarden y controlen los medicamentos del estudiante mientras está en la escuela/práctica.***

Nombre del medicamento Dosis Frecuencia tomada

¿Hay alguno de los siguientes medicamentos de venta libre que NO podemos administrar al estudiante?

Acetaminofén (Tylenol o genérico) ___; Famotidina (Pepcid o genérico) ___; Antiácido/Tums ___;
Ibuprofeno (Advil, Motrin o genérico) ___; Difenhidramina HCl (Benadryl o genérico para abejas u otras picaduras) ___;
Loratadina (Claritin o genérico) ___; Cetirizina (Zyrtec o genérico) ___; Fexofenadina (Allegra o genérico) ___

Información del padre/tutor legal:

Padre/tutor legal #1:

Nombre: _____ Relación con el estudiante _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____
Celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Padre/tutor legal #2:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código _____
Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Contactos de emergencia si no se puede contactar al padre/tutor legal:

Nombre	Los telefonos)	Relación con el estudiante
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

CERTIFICADO Y CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE/PADRE

Para ser leído y firmado por el padre/tutor y el estudiante

Los estudiantes NO pueden participar en programas de Artes Escénicas hasta que este formulario esté archivado en la Oficina de Artes Escénicas.

1. De acuerdo con las reglas del Departamento de Artes Escénicas y MSD Lawrence Township, por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado participe en Marching Band, Winter Percussion o Winter Color Guard.
2. Reconozco que la participación Nuevo Testamento está asumiendo ciertas responsabilidades y obligaciones financieras, y que todas las obligaciones financieras para una determinada actividad cocurricular y extracurricular no deportivay se deben cumplir.
3. Reconozco que el participante está asumiendo cierto riesgo de lesionarse y que aún con la mejor instrucción, uso de equipo de protección y estrictoobservancia de las normas, las lesiones siguen siendo una posibilidad en las actividades organizadas de Artes Escénicas. En raras ocasiones estas lesiones pueden sercomo grave como para resultar en incapacidad total, parálisis o incluso la muerte.
4. Autorizo al personal escolar responsable oa sus agentes a supervisar o brindar atención médica de emergencia al estudiante en caso de lesiones graves o en caso de que no se pueda contactar al padre/tutor de manera oportuna.
5. Autorizo a la escuela a investigar y obtener información de las agencias policiales, el departamento de libertad condicional o cualquier otra fuente con respecto a los eventos que condujeron a cualquier arresto o presentación de cargos por un acto que violaría cualquiera de las reglas de las artes escénicas publicadas como parte de el manual del estudiante.
6. Me han proporcionado una copia de las normas y reglamentos con respecto a la participación en las artes escénicas, o he recibido copias de esas normas y reglamentos en el manual del estudiante. Entiendo las reglas y regulaciones y cumpliré con ellas como se indica. Entiendo que las reglas y los reglamentos estarán vigentes para todos los estudiantes de artes escénicas siempre y cuando sean estudiantes de [Lawrence Central/Lawrence North/Belzer/Fall Creek Valley] y que las reglas y los reglamentos pueden actualizarse de vez en cuando. .
7. Entiendo que MSD Lawrence Township Schools ha implementado una política de prueba de drogas de "sospecha razonable" y que el personal de la escuela puede ordenar una prueba de drogas en el estudiante si existe una sospecha razonable.
8. Autorizo a Lawrence Central/Lawrence North/Belzer/Fall Creek Valley a publicar resultados/imágenes que contengan el nombre y las estadísticas de mi hijo/hija en los sitios web de Lawrence Central/Lawrence North/Belzer/Fall Creek Valley.
9. Sin compensación para mí, yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento irrevocable para el uso, por parte de MSD Lawrence Township, de cualquier fotografía, video o grabación de sonido de mi estudiante como se describe anteriormente para fines de publicidad y/o publicación de cualquier manera legal. , y por la presente libero a MSD Lawrence Township de toda responsabilidad mía por dicho uso.

Nombre del estudiante
(impreso): _____

Firma del padre/tutor (si el estudiante es menor de 18 años): _____ Fecha: _____

Firma del estudiante (si tiene 18 años o más): _____ Fecha: _____

CERTIFICADO DE ESTUDIANTE (para ser firmado por el estudiante sin importar la edad): He leído las reglas y regulaciones del Departamento de Artes Escénicas y las Escuelas Lawrence Central/Lawrence North/Belzer/Fall Creek Valley y creo que soy elegible para representar a mi escuela en Artes Escénicas. Si me aceptan como representante, acepto cumplir con las normas y reglamentos del Departamento de Artes Escénicas y de mi escuela. Que yo sepa, no he sufrido ninguna lesión o enfermedad en el pasado que pudiera obstaculizar mi participación en las actividades elegidas.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____