IMAGINATION TEXAS
5 y 6 de abril del 2024

FORMA PARA AUTORIZAR TRATAMIENTO MÉDICO

Nombre del estudiante _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono de emergencia (_____)_____

Mi hijo/a es alérgico/a a _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Nombre de la compañía _____

Número del Grupo o Póliza _____

En el evento de una emergencia WHERE I CANNOT BE REACHED, por la presente doy mi permiso al médico escogido por el director del evento de *Imagination Texas* para hospitalizar y proveer tratamiento apropiado a mi hijo/a mencionado arriba. También seré responsable por cualquier cargo incurrido de parte de mi hijo/a.

_____ _____
Firma del Padre
Fecha

Regla para medicamentos de Imagination Texas:
Todos los medicamentos a ser dados a un niño/a deben estar en la botella original con el nombre del niño/a, nombre del medicamento, instrucciones para la medicina y una nota firmada por el padre dando su permiso para que el medicamento sea dado a su hijo/a mientras está en Imagination Texas el 5 de abril del 2024*. Esto incluye también cualquier medicamento PRN (Tylenol, Motrin, etc.). La enfermera guardará los medicamentos y los regresará al lider de la escuela al final del evento de fin de semana.*

Esta forma solamente es efectiva para las fechas del 5 y 6 de abril del 2024

Para los archivos del maestro