

Permiso para pernoctaciones o viajes prolongados

Este formulario se utiliza para pernoctaciones y viajes prolongados dentro del estado, región o viajes nacionales. La página debe estar completada y firmado por el padre/ tutor con custodia de niña o un adulto que viaje con la tropa/grupo al menos dos semanas antes del viaje. El formulario de historial médico actual debe estar archivado por el adulto a cargo del viaje.

Detalles del evento/viaje											
Tipo de evento/viaje: _____	Fecha(s): _____	Costo/ individual: \$ _____									
Ubicación(es): _____	Viajando por: _____										
Permiso para pernoctaciones o viajes prolongados											
<p>Al poner mis iniciales en las líneas a continuación, verifico que he leído y entiendo lo siguiente, ya sea para mi hija o para mí:</p> <p>_____ me encuentro en buenas condiciones físicas y no he tenido ninguna enfermedad grave ni operaciones desde el último reconocimiento médico. Ella/yo no asistiré si ella/yo no nos sentimos bien.</p> <p>_____ Doy mi consentimiento para que un proveedor de atención médica o dentista autorizado proporcione atención médica o dental de emergencia, si no puedo comunicarme con un médico o dentista de familia.</p> <p>_____ Al registrarme para este año del programa (ya sea en línea o en papel), otorgué <input type="checkbox"/> permiso O <input type="checkbox"/> Se le negó el permiso para que ella/yo sea entrevistada, fotografiada, grabada en video o fotografiada electrónicamente con fines de materiales promocionales, comunicados de prensa u otros formatos publicados, ya sea para el Consejo de Girl Scouts local o para Girl Scouts of the USA.</p> <p>_____ Doy permiso para que mi hija/yo viajemos en vehículos privados, aviones, autobuses turísticos y otros medios de transporte que el Adulto a cargo considere necesarios.</p> <p>_____ Entiendo que los voluntarios y GSCTX no son responsables por la pérdida de objetos de valor.</p> <p>_____ Doy mi consentimiento para que el socorrista dispense los medicamentos que se han proporcionado en su envase original en la dosis indicada. También he enumerado todos los medicamentos de venta libre y la dosis que el socorrista está aprobado para dispensar en el formulario de Historial de salud.</p> <p>_____ Entiendo que ella/yo debo cumplir con el Código de Conducta y cualquier código de vestimenta que haya sido establecido por el grupo. Si ella /yo no lo hace, se nos puede pedir que nos vayamos y se me pedirá que le proporcione transporte a casa.</p> <p>_____ Indemnizaré, eximiré de toda responsabilidad, asumiré responsabilidad y defenderé a Girl Scouts of Central Texas, sus afiliados autorizados, agentes, servidores, empleados, funcionarios y directores de todos y cada uno de los costos y gastos, incluidos, entre otros, los honorarios médicos, honorarios de sala de emergencias, honorarios razonables de abogados, costos de investigación y descubrimiento, costos judiciales y todas las demás sumas que Girl Scouts of Central Texas, sus afiliados autorizados, agentes, servidores, empleados, funcionarios y directores puedan estar obligados a pagar a cuenta. de cualquier, todas y cada una de las demandas, reclamos que surjan o aseveración de responsabilidad, o cualquier reclamo o acción fundada en el mismo, que surja o presuntamente haya surgido de la negligencia, negligencia grave o mala conducta intencional relacionada con el evento organizado por las Girl Scouts de Central Texas, sus afiliados autorizados, agentes, servidores, empleados, funcionarios y directores.</p> <p>Acepto la declaración de permiso anterior.</p>											
Firma del Custodio Padre o tutor, o adulto que asiste _____	_____ la fecha de hoy										
Consentimiento para tratamiento médico/dental de emergencia											
<p><input type="checkbox"/> Soy el padre o tutor que tiene la custodia legal del niña mencionado anteriormente.</p> <p><input type="checkbox"/> Soy la persona mencionada arriba.</p> <p>Autorizo toda atención médica, quirúrgica, diagnóstica y hospitalaria o procedimientos, que pueden ser realizados o recetados para mi hija o para mí por un médico / dentista autorizado u hospital, cuando los esfuerzos por contactar a la persona de contacto de emergencia no tienen éxito y cuando, se considera inmediatamente necesario necesario o recomendado por el médico para salvaguardar la salud de mi hija. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado a dicho tratamiento. <i>Ver formulario de historial médico adjunto.</i></p>											
Firma del padre con custodia o Tutor o adulto presente _____	_____ en la fecha de hoy										
Información de Contacto en caso de Emergencia											
<p>Padre/ tutor con custodia si Bajo: _____ Mejor número de teléfono: _____</p> <p>DIRECCIÓN (si diferente que dirección de la chica): _____</p> <p>Emergencia Nombre de contacto: _____ Mejor número de teléfono: _____</p> <p>Persona(s) alternativa(s) para contactar en caso de emergencia :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Nombre</td> <td style="width: 33%; border: none;">Mejor número de teléfono:</td> <td style="width: 33%; border: none;">Ciudad Relación</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>			Nombre	Mejor número de teléfono:	Ciudad Relación	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre	Mejor número de teléfono:	Ciudad Relación									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									

Nombre legal completo: _____ Apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____