

**Escuela Intermedia de Sleepy Hollow  
Nota de Permiso**

Esto certifica que yo he dado permiso a \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_  
(nombre del estudiante)

para asistir al viaje de Washington D.C. durante las fechas de abril 10, 11 y 12. Este viaje será efectuado bajo la supervisión de la director Joshua Whitham, quien representará a la escuela.

\_\_\_\_\_  
Fecha Firma del padre/tutor

**FORMULARIO DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de los padres \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

El teléfono de un familiar cercano \_\_\_\_\_

Enfermedades anteriores \_\_\_\_\_

Fecha de ultima vacuna contra el tétano \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Medicaciones rutinarias \_\_\_\_\_

Otra información medica importante \_\_\_\_\_

Preocupaciones de salud recientes \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_ Numero de suscriptor \_\_\_\_\_

Médico (nombre y el teléfono) \_\_\_\_\_

Yo (nosotros) concedo autorización para el tratamiento médico de emergencia en caso de que no me encuentren.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre /tutor Fecha

**Por favor adjunte la copia de su tarjeta de seguro médico si la tiene.**

**\* POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE LOS REEMBOLSOS NO SE PUEDE DAR DESPUÉS DEL 15 DE MARZO DEL 2019.**