



**AVISO DE EXCURSIÓN/VIAJE ESCOLAR VOLUNTARIO  
Y AUTORIZACIÓN MÉDICA – ADULTO**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de salida: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de regreso: \_\_\_\_\_

**Como se indica en el Código de Educación de California, Sección 35330, comprendo que renuncio a toda reclamación contra Ukiah Unified School District, sus funcionarios, agentes y empleados como resultado de cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o debido a esta excursión o viaje escolar, incluidos los actos de negligencia por parte del Ukiah Unified School District, sus funcionarios, agentes o empleados.**

En caso de enfermedad o lesión, por medio del presente doy mi consentimiento para toda radiografía, examen, anestésico, diagnóstico o tratamiento médicos, quirúrgicos o dentales y a atención hospitalaria de parte de un médico o cirujano autorizados, según se considere necesario para mi seguridad y bienestar. Se da por entendido que el participante queda responsable por los gastos consiguientes.

Nombre del adulto en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico                      Póliza Número                      Dirección

En caso de enfermedad o accidente, notificar a:

Nombre    Dirección    Teléfono

Si tiene algún problema médico, sírvase adjuntar una descripción del mismo a esta hoja.

Muchas gracias.