

PROGRAMA DE CONCIENCIACIÓN JUVENIL MOOSE
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DEL CONGRESO INTERNACIONAL FORMA

INFORMACIÓN DE REGISTRO

Muy importante llenar TODA la información en cada sección

Tenga en cuenta que, si bien haremos todo lo posible por mantener la confidencialidad de toda la información proporcionada a Moose International, si decide enviar este formulario por correo electrónico a (slarosa@mooseintl.org), no podemos garantizar la confidencialidad. Todos los correos electrónicos se enviarán al Coordinador de Actividades y al Centro de Convenciones, Will Harrison, y al Asistente Ejecutivo, Sherry LaRosa. Si tiene alguna pregunta sobre este asunto, por favor, contáctenos al 630-966-2213.

SECCIÓN 1 - PERMISO

Yo, el padre/tutor firmante de _____ (“mi hijo”), un menor de edad, por la presente doy mi consentimiento para que él/ella asista al Congreso de Concientización Juvenil de Moose en _____ el _____, 20__.

Como consideración para que mi hijo pueda participar en este evento, por la presente autorizo la prestación de toda la atención médica de emergencia necesaria (según lo definido por los estándares médicos locales y nacionales) a mi hijo (incluida la atención médica, dental y/o quirúrgica) y adjunto una copia actual y válida de mi tarjeta de seguro médico a este acuerdo.

Acepto que ni Moose International, Inc., la (Nombre del Estado) _____ Moose Association (“Asociación”), ni (Nombre de la Logia) _____ Logia No. _____, The Moose, Inc. (“Logia”) tendrán ninguna responsabilidad financiera por la atención médica de emergencia brindada a mi hijo. También acepto defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a la Logia, la Asociación y Moose International, sus respectivos agentes, voluntarios, empleados, directores, funcionarios, sucesores y cesionarios de cualquier pérdida, daño, reclamo y causa de acción interpuesta por o en nombre de mi hijo, esto incluye cualquier restricción alimentaria y/o religiosa, con la excepción de las pérdidas derivadas de su negligencia grave. Además, acepto que este acuerdo será vinculante para mis herederos, sucesores y cesionarios.

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del estudiante : _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____

**TAL COMO APARECE EN LA IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE O EN LA LICENCIA DE CONDUCIR -
NECESARIO PARA VIAJAR**

Género (al nacer): Masculino Femenino

Género con el que se *identifica* el estudiante: Masculino Femenino
(si es diferente del género de nacimiento)

Clase de 20 _____ **Teléfono celular del estudiante** (_____) _____

Correo electrónico del estudiante:

**DEBE SER UN CORREO ELECTRÓNICO QUE PODAMOS USAR PARA PONERNOS EN CONTACTO
CON USTED**

Dirección del estudiante: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia _____ Código postal: _____

Nombre(s) del padre/tutor: _____

Dirección si es diferente a la del estudiante: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia _____ Código postal: _____

Teléfono de la madre: (_____) _____ Correo electrónico: _____

Teléfono del padre: (_____) _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la escuela : _____ Teléfono de la escuela: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

SECCIÓN 3 - AUTORIZACIÓN DE PUBLICIDAD

Moose International puede usar mi nombre y fotografía en publicidad relacionada con el Programa de Concientización Juvenil.

Firma del representante estudiantil

Fecha de este _____ día de _____, 20 ____.

Firma del padre/tutor

Firma del padre/tutor

SECCIÓN 4 - FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Yo, el padre/tutor firmante de _____ (“mi hijo”), un menor de edad, _____
Nombre del joven

Por la presente doy mi consentimiento para que un acompañante asignado del Congreso de Conciencia Juvenil Moose mantenga en su posesión y administre los siguientes medicamentos (con receta y/o de venta libre) en los horarios y dosis especificados.

_____, 20 ____.
Firma del padre/tutor Fecha

SECCIÓN 5 - CONDICIONES MÉDICAS

Por favor, proporcione a Moose International una lista de **cualquier condición médica conocida**. Si el estudiante tiene alergias ambientales o a medicamentos, indíquelas a continuación. Si el estudiante tiene alergias alimentarias, también incluya los detalles en la sección de alimentos.

**Si se necesita medicación para prevenir o contrarrestar reacciones (por ejemplo, un Epi-pen), este debe describirse en detalle en la siguiente sección titulada “MEDICAMENTOS”.*

CONDICIÓN MÉDICA	SEÑALES DE REACCIÓN	EN CASO DE APURO

Por favor, proporcione a Moose International una **lista de los medicamentos que toma a diario** (con receta y de venta libre); **cualquier** medicamento con receta debe llevarse al Congreso de Conciencia Juvenil y entregarse al **Director de Actividades y al Corazón de la Comunidad**, **en los frascos de receta originales**. Con etiquetas legibles. Moose International tomará posesión del medicamento y lo administrará, manteniendo un registro detallado para garantizar la administración constante y la precisión de la dosis.

SECCIÓN 6 - MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	RAZÓN POR	LA DOSIS NECESARIA (Cantidad y tiempos)
-------------	-----------	--

SECCIÓN 7 - LIMITACIONES ALIMENTARIAS

Para ayudar on la preparación de comidas en varios lugares

Por Favor enumere solo

Alergias alimentaras o las restricciones religiusas

Proporcione sugerencias alternativas para que los albergues y otros anfitriones del programa tengan tiempo de hacer arreglos alternativos.

COMIDA QUE <u>NO SE PUEDE</u> COMER	RAZÓN	ALTERNATIVAS ACEPTABLES
--	-------	-------------------------

GRACIAS por tomarse el tiempo para brindarnos la información médica detallada de su hijo. Queremos colaborar con usted para hacer todo lo posible por garantizar su seguridad en cada paso del proceso.