

Distrito de Escuelas Secundarias de East Side Union

830 North Capitol Avenue

San Jose, CA 95133

(408) 347-5000

AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE EXCURSIÓN DE CAMPO

Nombre del participante: _____ Edad: _____ No. ID: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _ Teléfono: _____

Tiene mi permiso para participar en la actividad indicada más abajo:

Fecha: _____ Actividad: _____

Lugar de reunión: _____

Hora de partida: _____ Hora de regreso: _____

Transporte provisto por:

Transporte escolar: ____ Sí ____ No

Conductores voluntarios: ____ Sí ____ No (Si la respuesta es sí, se debe completar el Formulario de uso de

Soy consciente de que durante un viaje o excursión puede ocurrir una lesión o la muerte debido a los riesgos, incluido pero no limitado a riesgos de accidentes o enfermedad en lugares sin instalaciones médicas, riesgos creados por fuerzas de la naturaleza y riesgos de viaje por vía aérea, tren, autobús, automóvil y caminando. Permiso, de manera voluntaria, que el Participante tome parte en la actividad indicada más arriba con el conocimiento de los peligros involucrados, y acepto cualquier y todos los riesgos de lesión o muerte. Soy consciente de que existen riesgos sustanciales y graves, conocidos y desconocidos asociados con el nuevo coronavirus y sus variantes, incluida la variante "Delta" ("COVID-19"). El COVID-19 es una pandemia global que afecta todas las regiones del mundo, incluido Norteamérica. Se cree que el COVID-19 causa una enfermedad respiratoria grave. Se cree que el COVID-19 conlleva un riesgo significativamente más alto de hospitalización, cuarentena, enfermedad grave a largo plazo o la muerte. Expresamente eximo y libero al **Distrito de Escuelas Secundarias de East Side Union, a sus funcionarios, agentes y empleados** de cualquier y todo daño que resulte de lesión, muerte, enfermedad, daño psicológico, hospitalización, cuarentena o detención involuntaria como resultado del COVID-19. Reconozco que el **Distrito de Escuelas Secundarias de East Side Union**, en bien de preservar la salud o seguridad, ejercerá su discreción para cancelar, reprogramar o postergar cualquier y toda excursión de campo, ya sea internacional o nacional. Eximo y libero expresamente al **Distrito de Escuelas Secundarias de East Side Union**, a sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier y todo daño que pueda resultar de la cancelación, reprogramación o postergación de alguna excursión de campo.

Padre/tutor, por favor coloque sus iniciales aquí: _____

En consideración de que el Participante tome parte en la actividad descrita más arriba, acepto que yo, mis herederos, cónyuge, tutores, representantes legales y cesionarios no realizarán reclamo alguno en contra, ni demandarán al **Distrito de Escuelas Secundarias de East Side Union** por lesión, muerte o daño a la propiedad que surja de que el Participante tome parte en la actividad descrita más arriba.

Además, eximo y libero al **Distrito de Escuelas Secundarias de East Side Union, a sus funcionarios, agentes y empleados** de toda acción, reclamo o demanda que yo, mis herederos, tutores, representantes legales o cesionarios tengamos ahora o podamos tener más adelante por lesión, muerte o daño a la propiedad que resulte de que el Participante tome parte en la actividad descrita más arriba.

Este Acuerdo y Descargo de Responsabilidad tiene la intención de ser vinculante sobre herederos, tutores, representantes legales y cesionarios.

Yo, _____ (padre/tutor), HE LEÍDO DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO Y COMPRENDO TOTALMENTE SU CONTENIDO. HE EXPLICADO ESTE DOCUMENTO A MI HIJO/MENOR BAJO MI TUTELA Y DECLARO QUE ESTE COMPRENDE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO. SOY CONSCIENTE DE QUE ESTE ES UN DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

Firma del padre/tutor

Fecha

Si el participante tiene menos de 18 años de edad:

Nombre del padre/tutor legal: _____

Dirección del padre/tutor legal: _____

Teléfono de la casa del padre/tutor legal: _____ Trabajo: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA: el abajo firmante declara que él/ella, o a nombre del estudiante indicado más arriba, por el presente autoriza a un agente del **DISTRITO DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE EAST SIDE UNION** a consentir cualquier atención, tratamiento o diagnóstico médico, odontológico, quirúrgico u hospitalario para el estudiante indicado más arriba, bajo el cuidado o la supervisión de un médico, cirujano o dentista autorizado. Si se otorga a nombre de mi hijo, esta autorización se considerará otorgada en virtud del Artículo 6910 del Código Familiar de California. Acuerdo además pagar cualquier atención, tratamiento o diagnóstico médico, odontológico, quirúrgico u hospitalario provisto al estudiante indicado más arriba, según esta autorización, así como a defender, indemnizar y mantener indemne al Distrito de Escuelas Secundarias de East Side Union de cualquier acción, reclamo o demanda que yo, mis herederos, tutores, representantes legales o cesionarios, así como que cualquier otra persona o entidad pueda tener ahora o posteriormente, incluido pero no limitado a reclamos por lesión, muerte, daño a la propiedad o facturas, y gastos médicos, resultantes de la atención, tratamiento o diagnóstico provisto al estudiante antes indicado en virtud de esta autorización.

Médico del participante: _____

Dirección del médico: _____ Teléfono No.: _____

Seguro médico: _____ Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Número de ID: _____

Dirección del empleador: _____

Por favor indique cualquier alergia o condición médica especial del estudiante:

VIAJE FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS: En el caso de cualquier excursión de campo que involucre viajar fuera de los Estados Unidos se debe adquirir un seguro de cancelación de viaje.

CONFIRMACIÓN DE AUSENCIA DEL MAESTRO:

Periodo	Clase	Firma y fecha del maestro
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Firma del padre/tutor

Fecha