



Girl Scouts of Orange County

9500 Toledo Way, Suite 100, Irvine, CA 92618 ♦ 949.461.8800 ♦ 800.979.9444 ♦ www.GirlScoutsOC.org

Girl Scouting builds girls of courage, confidence, and character, who make the world a better place.

Permiso de Padres/Tutores para Eventos Únicos

Tropa numero _____ esta planeando _____ Fecha _____

Ubicado en _____

La tropa se reunirá en _____ Hora _____

La tropa regresara _____ Hora _____

Tipo de transporte _____ Ella necesita traer _____

Costo de evento \$ _____ Equipo/Ropa necesaria _____

En caso de una emergencia o retraso llame a: _____

Dirección _____ # Teléfono _____

Firma del líder _____ # Celular _____

Una copia será archivada con _____ # Trabajo _____
(Representante del concilio)

IMPORTANTE: Padres quedarse con esta porción hasta que el viaje haya terminado.

[Padres favor de completar y entregar a Líder]

Numero de Tropa _____

PERMISO DE PADRES Y FORMA DE EMERGENCIA MÉDICA

Yo (nosotros), padre(s) o tutor legal de _____, un menor, por la presente solicito que se le permita asistir _____ (el "evento") el (fecha) _____. En consideración a mi hija que se le permita asistir al evento, Yo (nosotros) relevo, renuncio, descargo y pacto a no demandar a el Concilio de las Girl Scouts del Condado de Orange, sus directores, oficiales, empleados, voluntarios o agentes (colectivamente el "Concilio") de cualquier y toda responsabilidad a mi persona o a mi hija por cualquier perdida o daño, incluyendo danos a la propiedad, lesiones personales o hasta la muerte, ya sea causado por la negligencia del Concilio o de otro tipo, derivados de o relacionados con la participación de mi hija en el Evento, y en caso de necesidad, doy mi autorización y consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestésico, diagnostico medico o quirúrgico rendido bajo la supervisión general o especial de cualquier miembro del personal medico y personal de la sala de emergencia autorizadas con arreglo a las disposiciones de la Ley de Medicina Practica o un dentista licenciado bajo las disposiciones de la Ley de Dental Practica y en el personal de cualquiera de los hospitales agudos en general que titule una licencia vigente para operar un hospital del Departamento de Salud Publica del estado de California. Entiendo que esta autorización esta dada por adelantado de cualquier diagnostico, tratamiento o asistencia hospitalaria que se da, sino para proveer autoridad y poder dar el cuidado que el medico ya mencionado de su mejor juicio que estime conveniente. Entiendo que un esfuerzo será hecho para contactar el suscrito antes de rendir el tratamiento a la paciente, sino cualquiera de los tratamientos mencionados anterior no serán rechazada si el firmante no puede ser alcanzado. Yo no hare responsable a las Girl Scouts del Condado de Orange, sus funcionarios o lideres de la asistencia medica prestados en un hospital o de primeros auxilios prestados en el evento y reembolsare al Concilio de Girl Scouts del Condado de Orange por los gastos médicos o de otro tipo derivados de la atención a mi hija.

Esta autorización se da conforme a la Sección 6910 del Código de Familia de California y tiene efecto solo para el evento y fecha indicada anteriormente

Medico o Profesional de la Ciencia Cristiana _____ Teléfono: _____

Nombre _____

¿Esta tomando medicamento? No _____ Si _____ Especifique _____ Dosis _____

Nombre de medicamento _____

El medicamento debe ser acompañado por instrucciones escritas del padre o medico y estar en su contenedor original.

¿La información en la forma de historial de salud sigue vigente? Si _____ No _____ Favor liste cambios _____

Alérgica a: _____ Actividades y comidas restringidas: _____

Yo permito que las fotografías de mi hija en el evento se utilicen para publicidad con la autorización de los miembros designados del Concilio.

Firma de Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Contacto de emergencia local:

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

ASEGURESE DE QUEDARSE CON LA PORCION DE ARRIBA ES PARA SU INFORMACION