Clínica de Vacunación de Oregón

PERMISO DE PADRES/TUTORES

(Excursión de un día dentro del estado usando el autobús del distrito)

Sección 1: Información del viaje

NOMBRE DE LA ESCUELA Aloha High School	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA ESCUELA 503 356 2760	FECHA DEL VIAJE 12 de Mayo de 2021	HORA DE SALIDA 9:00 am	HORA DE REGRESO 12:00 pm
NOMBRE/UBICACIÓN DE LA CLÍNICA DE VACUNACIÓN Oregon Convention Center 777 NE Martin		NOMBRE DEL PERSONAL SUPERVISOR Dennis Joule		

Sección 2: Información del estudiante, permiso de viaje y exención médica, asunción de riesgo y liberación de responsabilidad *(Completado por el padre o tutor)*

Las personas que deseen que el estudiante participe en la Clínica de Vacunación Covid-19 de Oregón deben leer y firmar esta sección que reconoce su comprensión de las condiciones de participación de su estudiante en el viaje, incluyendo los riesgos, y libera al Distrito Escolar de Beaverton de la responsabilidad asociada con la participación voluntaria para obtener la vacuna Covid-19.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	# DE ID DEL ESTUDIANTE	# DE CELULAR DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DE SEGURO MÉDICO		NÚMERO DE POLIZA DE SEGURO
<p>◆ PERMISO PARA EL VIAJE Yo, el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, otorgo permiso al Distrito para llevarlo al Oregon Convention Center para obtener la vacuna contra Covid-19. Entiendo y reconozco con mi firma que el miembro del personal que acompaña al estudiante(s) no es responsable de la supervisión del estudiante durante el tiempo en el que está recibiendo la vacuna Covid-19. La supervisión del personal se proporcionará únicamente durante el transporte hacia y desde el Oregon Convention Center.</p>	<p>◆ PERMISO MÉDICO Yo, el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, otorgo permiso al personal de supervisión para autorizar los servicios médicos necesarios en caso de una emergencia, incluyendo inyecciones, anestesia, cirugía y medicamentos, si no pueden comunicarse conmigo a los números de teléfono que se muestran a continuación, y estoy de acuerdo en ser responsable de cualquier gasto no cubierto por mi seguro médico que pueda ocurrir como resultado de un accidente o emergencia médica que involucre al estudiante mencionado anteriormente.</p> <p>◆ ASUNCIÓN DE RIESGO Yo, el padre/tutor, entiendo y reconozco que para poder participar en este viaje, acepto asumir la responsabilidad por todos y cada uno de los riesgos potenciales que puedan estar asociados con la obtención de la vacuna contra Covid-19, incluidos los efectos secundarios de la vacuna y la posible exposición al virus Covid-19.</p> <p>◆ LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Acepto voluntariamente liberar de responsabilidad al Distrito, su Junta Directiva, los miembros individuales del mismo y todos los funcionarios, agentes, empleados, voluntarios y representantes de toda responsabilidad, reclamo, causas de acción o demandas, incluyendo los costos de abogados, multas, tarifas u otros costos (por ejemplo, costos médicos) que surjan de (1) cualquier exposición o enfermedad o lesión causada por una enfermedad infecciosa, incluyendo COVID-19, y/o (2) cualquier efecto o efecto secundario de la vacunación contra Covid -19, que puede resultar de o en conexión con este viaje.</p>	
NOMBRE DE PADRE/TUTOR (LETRA DE MOLDE)	FIRMA DEL PADRE/TUTOR Y FECHA	NÚMERO DE CELULAR