

APROBACIÓN DEL PADRE DEL MENOR A VIAJAR Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

EN TESTIMONIO DE LO CUAL Y AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, AUTORIZAR EL VIAJE PARA MI(S) HIJO(A(S) DE LA SIGUIENTE MANERA:

NOMBRE(S) Y FECHAS DE NACIMIENTO DEL MENOR(ES) AL MOMENTO DEL VIAJE:

(Nombre y Fecha de Nacimiento del Menor)

(Nombre y Fecha de Nacimiento del Menor)

(Nombre y Fecha de Nacimiento del Menor)

(Nombre y Fecha de Nacimiento del Menor)

VIAJANDO A: _____
(Provincia/Estado, País o Tipo de Viaje)

DESDE: _____
(Fecha de salida)

HASTA: _____
(Fecha de regreso)

(Marque uno)

VIAJAR SOLO

VIAJAR CON: _____
(Nombre completo del adulto que viaja)

TAMBIÉN AUTORIZO AL ADULTO QUE VIAJA A OBTENER CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO POR UN MÉDICO CON LICENCIA / HOSPITAL / FARMACIA / EQUIPO DE RESCATE / EMPRESA DE AMBULANCIA / EMPRESA DE EVACUACIÓN AÉREA MÉDICA.

EN CASO DE QUE EL ADULTO QUE VIAJE ESTÉ INCAPACITADO Y NO PUEDE OTORGAR AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, AUTORIZO A UN MÉDICO CON LICENCIA/ HOSPITAL/ FARMACIA/ EQUIPO DE RESCATE, COMPAÑÍA DE AMBULANCIAS/COMPAÑÍA DE EVACUACIÓN AÉREA MÉDICA A DAR A MI(S) HIJO(S) CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO. ME PUEDEN CONTACTAR AL:

(Número/s de teléfono/s)

SIN EMBARGO, DESEO QUE EL TRATAMIENTO COMIENZE ANTES DE SER CONTACTADO SI MI(S) HIJO(S) TIENE DOLOR O LA CONDICIÓN ES PELIGROSA PARA LA VIDA.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN:

Nombre de la madre

Firma de la madre

Nombre del padre

Firma del padre

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document

State of **CALIFORNIA**

County of _____

Subscribed and sworn to (or affirmed) before me on this ____ day of _____, 20____ by

_____, proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) who appeared before me.

Notary Public Signature

(Seal)