

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

01. ESTUDIANTE.

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

PAÍS DE
RESIDENCIA _____

FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA,
AÑO) _____

Nosotros _____ y _____

los padres/tutores del estudiante arriba mencionado conceden a ExchangeMate, a sus coordinadores locales, a sus representantes, a la familia anfitriona de nuestro hijo y a la escuela, permiso para proporcionar o ayudar con el tratamiento médico de rutina, el examen físico escolar requerido y las vacunas, y la dispensación de medicamentos. Además, en caso de accidente o enfermedad, damos permiso para que se proporcione tratamiento médico de emergencia a nuestro hijo, incluyendo la hospitalización y/o el transporte de emergencia.

Aceptamos pagar todos los gastos adicionales que excedan el límite de cobertura del seguro de nuestro hijo. También aceptamos pagar cualquier tratamiento, medicamento y procedimiento que no esté cubierto por el seguro.

Esta autorización será válida durante toda la duración del programa de estudios de nuestro hijo en los Estados Unidos.

TUTOR 1

NOMBRE:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

FIRMA:

FECHA (MES, DÍA, AÑO):

TUTOR 2

NOMBRE:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

FIRMA:

FECHA (MES, DÍA, AÑO):