

AUTORIZACIÓN MÉDICA Y DIVULGACIÓN A LOS PADRES

Nombre completo del estudiante: _____

A rellenar por el padre, la madre o el tutor legal. Es esencial que se responda a estas preguntas abierta y honestamente y que no se omita nada. Podemos trabajar con la información que se nos proporciona pero si se omiten datos por cualquier razón, su estudiante será automáticamente dado de baja del programa. Si se produce algún cambio en la salud de su hijo antes de la salida, asegúrese de informar inmediatamente y por escrito al equipo de Live N Learn con todos los detalles. **Entiendo que todas las condiciones médicas anteriores y actuales deben ser reveladas en esta solicitud. Si determina que se han omitido estos puntos, el estudiante será retirado inmediatamente del programa y sin reembolso del programa, se considerará fraude y se podrán emprender acciones legales.**

¿Padece el solicitante alguna enfermedad crónica como diabetes, enuresis, epilepsia?	SI	NO
¿Está el solicitante bajo el cuidado de un médico por alguna enfermedad o afección por cualquier motivo?		
¿Tiene el solicitante alergia a algún alimento, medicamento o animal doméstico?		
¿Tiene el solicitante alguna discapacidad física?		
¿Ha sufrido alguna vez el solicitante una intervención quirúrgica importante, un accidente grave o una enfermedad grave?		
¿Padece, se sospecha que padece o <i>ha sido</i> tratado <i>alguna vez</i> por algún trastorno psicológico, nervioso o alimentario?		
¿Se le ha diagnosticado <i>alguna vez</i> al solicitante, le preocupaba o le preocupa que su hijo pueda tener problemas cognitivos, motores, de lenguaje, emocionales, de comportamiento o de algún tipo de problema de aprendizaje (TDA / TDAH / dislexia, autismo, etc.)?		
¿Le preocupa la capacidad de su hijo para participar académica, funcional, social y socialmente en un hogar/familia que no es el suyo y/o en la escuela? debido a una razón o discapacidad diagnosticada o sospechada?		
¿Tomará el solicitante algún medicamento o tratamiento prescrito durante el programa?		
¿Sigue el solicitante una dieta restringida por motivos personales, médicos o religiosos?		
¿Tomará el solicitante algún medicamento o tratamiento no prescrito durante el programa?		
¿Tiene o ha tenido alguna vez problemas con las drogas o el alcohol?		
¿Sigue el solicitante una dieta restringida por razones médicas o religiosas?		
¿Hay algún otro detalle relativo a la salud del que no se haya incluido en las preguntas anteriores?		
¿Ha sido el alumno detenido, encarcelado, suspendido de clase o ha cometido algún delito?		

****Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, explíquela brevemente aquí y amplíela en un papel aparte:**

¿Algún familiar directo sufre actualmente algún problema de salud importante o tiene algún problema de salud que pueda ? En caso afirmativo, indique aquí quién es y cuál es su problema de salud:		
--	--	--

1. El estudiante debe tener un seguro médico antes de llegar a los EE.UU. y durante todo el año de su programa. El personal de Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU solicitará este seguro al recibir el visado del estudiante y el itinerario de vuelo. El seguro médico de Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU es el único seguro incluido en el programa, si una póliza es comprada por los padres, no hay reducción en los honorarios totales.
2. Autorizo a mi hijo a recibir las vacunas que no haya podido recibir en su país de origen o a someterse a exámenes físicos rutinarios en EE.UU. a su llegada, si lo considera necesario. Entiendo que esto correrá por mi cuenta. Entiendo que cualquier gasto asociado con la transferencia de registros médicos/de vacunación correrá por mi cuenta.
3. Autorizo a todo el equipo de Live N Learn, a sus Representantes, y a la familia anfitriona a tomar, en nuestro nombre, cualquier decisión concerniente a tratamiento médico y/o quirúrgico requerido o aconsejado por un médico o cirujano licenciado para mi hijo durante el programa. Esta autorización será válida por toda la duración del programa Live N Learn en el cual mi hijo(a) este participando. Yo eximiré de responsabilidad a Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU, Familia Anfitriona, Representante, Doctores, Enfermeras, Hospitales por cualquier decisión que se tome.
4. En el principio de la seguridad del estudiante, las leyes de EE.UU. y las regulaciones de Visa si cualquier representante de Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU, la familia de acogida, el profesor, el profesional médico o la agencia de aplicación de la ley tienen razón para creer que mi hijo ha participado en la ingesta de cualquier sustancia ilegal autorizamos Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU, sus Representantes, la familia de acogida y los profesionales médicos el derecho de realizar una prueba de drogas. Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU informará a los padres naturales y/o a la pareja de envío cuando se realizará la prueba (si el tiempo lo permite antes de la prueba) y compartirá los resultados con ellos.
5. Autorizo a cualquiera de los médicos, hospitales o clínicas mencionados anteriormente a proporcionar una transcripción completa de cualquier historial médico con el fin de procesar esta solicitud y/o facilitar cualquier trámite legal en relación con el estudiante.
6. Se entiende que esta autorización no se da por adelantado de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica que se requiera, sino que se da para proporcionar autoridad y poder por parte de nuestros agentes para dar consentimiento específico a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el médico o cirujano, en ejercicio de su mejor juicio, considere aconsejable.
7. Entiendo que todos los gastos no cubiertos por la póliza de seguro de Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU serán mi responsabilidad. Si alguien que no sea yo pagara cualquier gasto médico de mi hijo, yo le reembolsare inmediatamente al recibir una copia de la factura y prueba de pago. Enfermedades preexistentes, visitas de bienestar, visión, dental, y vacunas no están cubiertas.
8. Si en algún momento Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU, un coordinador local, una familia de acogida o una escuela sospechan que un estudiante tiene problemas de salud mental o dificultades de aprendizaje, el estudiante en cuestión será llevado inmediatamente a una evaluación profesional. Esta evaluación correrá a cargo de los padres naturales si no está cubierta por el seguro. Si después de esta evaluación profesional se determina que el alumno tiene un problema de salud mental o de aprendizaje, se le retirará inmediatamente del programa. Si se determina que un solicitante puede estar en peligro para sí mismo o para otros, un representante de los padres naturales o de la agencia debe volar a los EE.UU. para acompañar al estudiante a casa. No enviaremos a un estudiante a casa sin acompañante en estas condiciones. Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU, las familias de acogida y las escuelas no están equipadas para gestionar estos casos y los estudiantes deben estar en casa con sus familias naturales para recibir el tratamiento que necesitan.

Como padre o tutor legal del solicitante, declaro que toda la información de este formulario es verdadera, correcta y que no se ha omitido ni cambiado nada. Al firmar a continuación, entiendo que esta información debe ser completamente exacta sin omisiones.

Si se determina que lo anterior no es exacto en cualquier momento durante este programa, puedo enfrentar cargos de fraude y seré responsable de todos los honorarios legales de Live N Learn LLC y Live N Learn Estudios en el Extranjero SLU

Nombre tutor legal:_____ **Firma tutor legal:**_____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL TUTOR MÉDICO Y DE CUSTODIA

Yo, _____ declaro que soy el padre/madre natural/tutor

de: _____

menor de edad, nacido el: _____

Yo autorizo al personal de Live N learn, a los padres anfitriones y al representante local a actuar en mi nombre en todos los asuntos escolares tales como, pero no limitados a: firmar verificaciones de ausencia, aprobar excursiones, reconocer notificaciones, exámenes físicos requeridos por la escuela y firmar otras autorizaciones relacionadas con la escuela.

Yo doy mi consentimiento para el requisito de inmunización de los Estados Unidos de incluir, pero no limitado a: TD o DPT, Hepatitis A o B, Poliomiélitis, Sarampión, Rubéola o Paperas, si dicha inmunización es requerida por la escuela secundaria de los Estados Unidos para la inscripción. También aceptamos que cubriremos los costes de estas vacunas.

Yo doy permiso para que la familia anfitriona y el representante de Live N learn obtengan cuidado médico, diagnóstico quirúrgico de tratamiento o cuidado hospitalario en cualquier capacidad que se considere aconsejable y rendido por la supervisión de cualquier médico o cirujano licenciado, si tal tratamiento o diagnóstico es ofrecido en la oficina de dicho médico o cirujano de un hospital. (incluyendo inmunizaciones) según sea necesario para este Estudiante Internacional.

Fecha de comienzo del programa: _____

Duración del programa: _____ 10 meses _____

Nombre tutor legal: _____

Firma tutor legal: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA ANFITRIONA (A RELLENAR POR LIVE N LEARN)	
NOMBRE DE LOS PADRES DE ACOGIDA	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
EMAIL	

MEDICAL AND GUARDIANSHIP GUARDIAN AUTHORIZATION FORM

I, _____ declare that I am the natural parent/guardian

of: _____

minor, born on: _____

I authorize Live N learn staff, host parents and local representative to act on my behalf in all school matters such as, but not limited to: signing absence verifications, approving field trips, acknowledging notifications, school required physicals and signing other school related authorizations.

I consent to the immunization requirement of the United States to include, but not limited to: TD or DPT, Hepatitis A or B, Polio, Measles, Rubella or Mumps, if such immunization is required by the U.S. high school for enrollment. We also agree that we will cover the costs of these immunizations.

I give permission for the host family and Live N learn representative to obtain medical care, diagnostic surgical treatment or hospital care in any capacity deemed advisable and rendered by the supervision of any licensed physician or surgeon, if such treatment or diagnosis is offered in the office of such physician or surgeon of a hospital. (including immunizations) as necessary for this International Student.

Program start date: _____

Program duration: _____ 10 months _____

Name of legal guardian: _____

Signature of legal guardian: _____

Date: _____

HOST FAMILY INFORMATION (TO BE COMPLETED BY LIVE N LEARN)	
NAME OF HOST PARENTS	
ADDRESS	
PHONE	
EMAIL	