

**Convención  
11-13 de marzo de  
2025**

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Nivel de grado \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES PARTICIPANTES**



*Padre/Tutor:	*Teléfono móvil:	*Padre/Tutor:	*Teléfono móvil:
Contacto de emergencia: (Si no se puede contactar a los padres)	Nombre:	Teléfono móvil:	
Asesor:	Correo electrónico del asesor:	Correo electrónico de director:	
¿Quién es responsable de los pagos médicos? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Seguro	¿Seguro escolar? Día: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 24 horas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro escolar: Nombre de empresa:	
¿Seguro médico privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la compañía de seguros médicos privados:	Número de póliza:	
Fecha de la última vacuna de refuerzo:	ALERGIAS: <input type="checkbox"/> Picadura de abeja <input type="checkbox"/> Roble venenoso/hiedra <input type="checkbox"/> Ambrosía <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Otro (Describir): ¿Es usted alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, enumere:		
<b>Consideraciones dietéticas especiales</b>		<b>MASC puede proporcionarle a mi hijo:</b> <input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Benadryl <input type="checkbox"/> Llame primero	
BREVE HISTORIA MÉDICA (Condiciones especiales de salud: diabetes, convulsiones, etc.)			
<b>NOTA:</b> Los estudiantes que traigan medicamentos deben usar el formulario de su sistema escolar. Siga los procedimientos de viaje de campo de su propio sistema escolar para transportar y "entregar" los medicamentos a su asesor asistente. La enfermera del lugar está disponible para manejar atención de urgencia en el lugar solo durante los horarios de la convención en el Centro de Convenciones; la enfermera no está disponible en los hoteles.			
Describa cualquier actividad en la que el participante NO pueda participar:			
<b>*PERMISO DEL PADRE/TUTOR</b>			
Yo, el padre o tutor legal de (mi hijo), autorizo al director ejecutivo de MASC o a su designado a obtener atención médica para mi hijo en caso de que dicha atención sea necesaria. Entiendo que, si es posible, se comunicarán conmigo en caso de que mi hijo requiera atención médica. Otorgo permiso a un proveedor de atención médica autorizado o a un hospital acreditado para realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico que sea esencial para el tratamiento de mi hijo y acepto ser responsable del pago de dicha atención. Libero a MASC, sus empleados y agentes de cualquier daño, responsabilidad o pérdida que resulte de obtener, de buena fe, atención médica para mi hijo.			
<b>*PERMISO PARA FOTOGRAFÍA</b> (NO se utilizarán nombres si se solicita)			
Las fotografías del estudiante mencionado anteriormente <input type="checkbox"/> PUEDEN <input type="checkbox"/> NO PUEDEN publicarse ni usarse en MASC ni en otros sitios web de liderazgo estudiantil.			
Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____			
<b>RECORDATORIO</b>			
Todos los estudiantes también deben completar (firmado: estudiante, padre/tutor/director) y traer el Contrato de Delegado.			

**Entregue este formulario a su asesor local. NO ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO ELECTRÓNICO**

Este formulario confidencial será destruido después de la conferencia.

**Los asesores deben hacer una copia de este formulario para tenerla en el hotel por la noche.**