



NATIONAL HISPANIC INSTITUTE

## CARTA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA Y DESISTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD DE NHI 2016-2017

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento m/d/año	
Dirección	Ciudad	Edo/Provincia	País	CP

### INFORMACIÓN DEL PADRE / RESPONSABLE #1

Nombre complete	Teléfono de casa	Teléfono de Oficina	Teléfono celular	
Dirección	Ciudad	Edo/Provincia	País	CP

### INFORMACIÓN DEL PADRE / RESPONSABLE #2

Nombre complete	Teléfono de casa	Teléfono de Oficina	Teléfono Celular	
Dirección	Ciudad	Edo/Provincia	País	CP

### INFORMACIÓN DE CONTACTO ALTERNO PARA EMERGENCIAS

Nombre complete	Teléfono de Casa	Teléfono de Oficina	Teléfono Celular
Nombre Completo	Teléfono de casa	Teléfono de Oficina	Teléfono Celular

### CONDICIONES MÉDICAS PREDISPUESAS (Enliste condiciones que puedan afectar la participación del estudiante en el programa.)

### MEDICAMENTOS QUE SE LE ADMINISTRAN ACTUALMENTE (Enliste todas las medicinas que se le administran actualmente.)

### INFORMACIÓN DEL MEDICO

Nombre del Doctor	Nombre de Clínica	Teléfono	Fax
-------------------	-------------------	----------	-----

## INFORMACIÓN DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Compañía de Seguros	Teléfono	Número del Grupo	Número de Póliza
Titular de Póliza	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
Apellido de Estudiante	Nombre	MI	

Certifico que la información anterior es correcta y verdadera.

De igual manera certifico que he sido transparente en compartir la información médica, física, mental o emocional de mi hijo que pueda afectar su habilidad para participar de manera completa en el programa.

Entiendo que la participación en el programa de NHI puede incluir participación en rutinas de ejercicio físico. Otorgo mi permiso para que mi hijo participe en dichas rutinas recreacionales o de ejercicio físico que son parte de los programas de NHI.

En dado caso que mi hijo se enferme o sufra lesiones durante el programa, doy autorización a NHI para que, en base a la recomendación de un médico calificado, se le administre el tratamiento médico u hospitalización adecuada. Esto puede incluir, pero no está limitado a la administración de anestésicos, exámenes de laboratorio, tratamientos médicos, rayos-x, u otro servicio médico. Autorizo de esta manera al médico calificado del programa, hospitales y/o clínicas a compartir información médica de mi hijo con doctores calificados locales y para uso en caso de que se necesite la cobertura del seguro de gastos médicos.

Acepto la responsabilidad sobre los costos de tales tratamientos y acepto a cooperar con NHI, sus empleados u oficiales, sus compañías aseguradoras u otra entidad relacionada a asegurar los pagos del costo de tales tratamientos o procedimientos.

De esta manera relevo a NHI, sus oficiales, agentes, instructores, empleados y voluntarios de cualquier responsabilidad por enfermedades, lesiones u accidentes ocurridos o sufridos por mi hijo durante el transcurso a tal programa, durante el curso del programa o durante la participación en el programa, desde el momento en que mi hijo viaja al programa hasta que regrese a su casa al término del mismo.

Firma del Padre o Responsable

Nombre del Padre o Responsable

Fecha

ENTRA a [www.nationalhispanicinstitute.org](http://www.nationalhispanicinstitute.org) con tu correo/contraseña y sube las formas en "Summer Application Step 2"  
También puedes mandarlas a NHI ADMISSIONS, P.O. BOX 220, MAXWELL, TX 78656, USA  
[512-357-6137](tel:512-357-6137) (TEL.); [512-357-2206](tel:512-357-2206) (FAX) o por correo electrónico a [ADMISSIONS@NHMAIL.COM](mailto:ADMISSIONS@NHMAIL.COM)