



## Información Familiar

Padre\_\_

Padrastra\_\_

Abuelo\_\_

Guardián\_\_

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Dirección Actual

Teléfono de Casa

Teléfono Móvil

Correo Electrónico

Estado Civil

Nombre del Empleador

Dirección del Empleador

Ocupación

Teléfono del Trabajo

Madre\_\_

Madrastra\_\_

Abuela\_\_

Guardián\_\_

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Dirección Actual

Teléfono de Casa

Teléfono Móvil

Correo Electrónico

Estado Civil

Nombre del Empleador

Dirección del Empleador

Ocupación

Teléfono del Trabajo

Nombre de Iglesia a la que atienden

Nombre del Pastor



**GENESIS CHRISTIAN SCHOOL**  
**Houston, Texas**  
**INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE Y AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA**  
**LIBERACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Mi hijo/a \_\_\_\_\_ (nombre completo del estudiante) ahora está bajo mi custodia y bajo mi autoridad. Autorizo a la escuela Génesis Christian School y/o sus representantes para dar su consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo en caso de cualquier enfermedad o lesión en relación con una actividad escolar o viaje de estudios. Dicho tratamiento puede ser administrado por médicos, otro personal médico, hospitales y / o clínicas que sean seleccionados por la escuela Génesis Christian School y/o de sus representantes. Por la cual asumo responsabilidad por dicho servicio profesional. Estudiante está protegido por un servicio de seguro? **Sí**  **No**

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de la póliza de miembros: \_\_\_\_\_

Yo Autorizo  Yo NO Autorizo que cualquier médico tratante o médico para administrar sangre o productos sanguíneos a mi hijo/a.

Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información sobre Padres o Tutores**

**Nombre de Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Móvil:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Móvil:** \_\_\_\_\_

En el caso de una emergencia, nombre dos (2) otras personas locales que serán responsables cuando el padre(s) o tutor(es) no están disponibles o no puede ser alcanzado por teléfono.

**#1 Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Móvil:** \_\_\_\_\_

**#2 Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Móvil:** \_\_\_\_\_

**#3 Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Móvil:** \_\_\_\_\_

**Información Médica Del Estudiante**

Asma	Sí	No	Desorden Sanguíneo	Sí	No	Varicela	Sí	No
Enfermedad del Corazón	Sí	No	Diabetes	Sí	No	Pérdida de la audición	Sí	No
Convulsiones	Sí	No	ADHD/ADD	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Ortopédica	Sí	No	Hemorragias Nasales Frecuente	Sí	No	Usa Lentes de Contactos	Sí	No
Problemas de Riñón	Sí	No	Fiebre Escarlata	Sí	No	Lleva la Prótesis de Oído	Sí	No
Trastorno Genético	Sí	No	Problemas de la Vejiga	Sí	No	Usa Anteojos		

Otro: \_\_\_\_\_ **Algún medicamento diario? En caso afirmativo, nombre del medicamento(s):** \_\_\_\_\_

**Alergias**

Tiene su hijo/a alguna alergia o condición médica que podría amenazar su vida? **Sí**  **No**

Describe cualquier condición médica o alergia: \_\_\_\_\_

Hay alguna medicación de emergencia recetada para cualquier condición médica y/o alergias? **Sí**  **No**

Tipo/Nombre del medicamento prescrito: \_\_\_\_\_

## Liberación de la Medicación

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

La escuela suministra los elementos enumerados a continuación que no se pueden administrar a los estudiantes sin consentimiento de los padres. Por favor, compruebe sólo los elementos que permitirá administrar. Si su hijo se encuentra actualmente en una medicación diaria (es decir, el Ritalin, amoxicilina, penicilina, etc.), por favor consulte con su médico para asegurarse de que ninguno de estos elementos que se enumeran a continuación, cuando se administra, entrará en conflicto de alguna manera con el medicamento. Esto también se aplicaría a cualquier medicamento dado a lo largo del año escolar. Los medicamentos se realizan en cumplimiento de las instrucciones del producto:

Acetaminofeno (I.E. Tylenol, etc.)	Sí	No	Ibuprofeno (I.E. Advil, Motrin, etc.)	Sí	No
Neutralizador de Acidez (i.e. Tums, etc.)	Sí	No	Benadryl	Sí	No
Repelente de Insectos	Sí	No	Ungüento antibiótico	Sí	No
Gotas Para los Ojos	Sí	No	Aerosol Nasal	Sí	No

Estoy dando mi permiso para asistir a darle a mi hijo la medicación que he indicado. Entiendo que debo proporcionar todos los demás medicamentos con receta o sin receta, si mi hijo se les da en la escuela. Entiendo que todos los medicamentos que envío a la escuela durante el año deben estar en su envase original y será acompañada de una solicitud por escrito que incluirá lo siguiente:

1. Fecha que Debe
2. Nombre del Estudiante
3. Nombre del Medicamento
4. Dosis , que debe incluir instrucciones por escrito del médico si es diferente a la dosis recomendada del fabricante
5. El tiempo que ha de darse o con qué frecuencia
6. Firma de los Padres o Tutor

Si no se cumplen estos criterios, entiendo que la escuela se reserva el derecho de no administrar medicamentos a mi hijo. Entiendo que es responsabilidad de mi hijo que informe a la zona designada del puesto de salud de tomar su medicación. También entiendo que todos los medicamentos deben ser entregados en la estación de salud y no se puedan ser transportadas por la posesión del estudiante o almacenados en su casillero. Por este medio indemnizar Génesis Christian School y eximirlo de responsabilidad en nombre de mí mismo, mi cónyuge, si lo hay, y mi hijo contra cualquiera y todas las pérdidas, daños (económica o de otro tipo), el proveedor de atención médica o los gastos de transporte de emergencia, y otros costes, gastos, incluyendo pero no limitado a una compensación razonable de los empleados, en contra y un abogado para defenderse contra reclamaciones o responsabilidades, que surja de o esté relacionada con la administración de medicamentos conforme a lo solicitado y autorizado en el presente documento, a menos que se pruebe que los miembros del personal de la Génesis Christian School o voluntarios actuaron deliberadamente o haciendo caso omiso de la salud de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

(A menos que esta forma este fechada, firmada y debidamente completada, su hijo no se le dará la medicación durante el año escolar)

### Tienen que ser firmados ante un notario

Firma de Padre o Guardián \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Suscrito y jurado ante mí por dicho declarante en este día, para certificar que testifican mi firma

y sello de la oficina de este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_  
Día Mes

\_\_\_\_\_  
Notario Público del Estado de Texas

Mi Comisión Expira: \_\_\_\_\_

# Acuerdo de Liberación y el Convenio

**Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

Estimados Padres y Tutores,

Nosotros en la Génesis Christian School (GCS) queremos informarle de nuestras medidas de seguridad en nuestra escuela. Hemos contratado a personal competente y bien informado. Su estudiante (s) será requerido por nuestro personal para usar equipo de seguridad para cualquier deporte, equitación, cursos de cuerdas de desafío y otras actividades que requieren equipos de protección. Incluso con el equipo de seguridad, que en la Escuela Cristiana Génesis queremos que se den cuenta de que cualquier actividad al aire libre y/o recreativo tiene peligros inherentes que ninguna cantidad de cuidado, precaución, instrucción o experiencia pueden evitar.

---

**Es obligatorio que este formulario sea llenado, firmado y fechado por un padre o tutor autorizado del estudiante. A \_\_\_\_\_ no se le permitirá asistir a la clase de gimnasia al menos que recibamos este formulario completado y firmado.**

---

- Por lo presente declaro que he sido informado sobre los riesgos del gimnasio y actividades recreativas en la Génesis Christian School y comprendo que tales actividades implican peligros y riesgos y acepto los peligros y riesgos a sabiendas y dispuesto para \_\_\_\_\_.
  - Entiendo que las imágenes, videos y grabaciones de audio se toman en G.C.S. Doy permiso para el uso de este tipo de imágenes, videos y grabaciones de audio de \_\_\_\_\_ para la promoción de G.C.S.
  - Además, doy permiso para \_\_\_\_\_ para ser transportados en vehículos para el transporte de las excursiones y las actividades aprobadas en la Escuela Cristiana Génesis y otros lugares.
  - Entiendo que los términos en este documento son contractuales y vinculantes y no meros considerandos. Con la firma de este documento, certifico que doy permiso para \_\_\_\_\_ para participar en el programa de gimnasia de la escuela y de ocio de G.C.S.
  - Entiendo que los términos aquí y mi acuerdo son para todo el año civil de 2019 a 2020 y de todos los sucesos ocurridos en 2019 y 2020.
  - He firmado este documento con mi propia voluntad y en consideración del acuerdo por Génesis Christian School aceptar a \_\_\_\_\_ para este año escolar.
- 

Por la ejecución de este documento, a sabiendas y voluntariamente libero G.C.S, el personal, el Consejo de Administración, y todas las otras personas que actúen en nombre o representación de G.C.S. de todo tipo de responsabilidad por lesiones personales o daños a la propiedad, real o personal, causada por, o como resultado de G.C.S. y otras actividades patrocinadas por Génesis Christian School.

Firma de los Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado y jurado antes por dicho declarante en este día, para certificar que testifican mi firma y sello de la oficina.

Este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.  
Día Mes Año

---

Notario Público para el Estado de Texas  
Mi Comisión Expira: \_\_\_\_\_



**LOS DERECHOS DE MATRICULAS DIVERSAS-** Declaraciones de la escuela se generan mensualmente para gastos diversos tales como comidas cargadas, cargos por mora, honorarios que llegan tarde, los honorarios del código de vestido, etc. El pago se realizará en la oficina de negocios a la recepción.

**RETIRAR LA POLÍTICA-** Un estudiante de escuela primaria o secundaria que asiste a cualquier porción de un cuarto se le cobrará por todo el trimestre. Un estudiante de secundaria que asiste a cualquier parte de un semestre se le cobrará por todo el semestre. Esta política existe debido a la contratación de los profesores y el personal y el orden de los libros de texto y otros materiales de clase cual se basan en la inscripción anticipada. Se espera que los padres o tutores honoren su comisión con la escuela. Las solicitudes de excepciones deben dirigirse a la oficina de negocios por escrito y sólo se considerarán en circunstancias extremas.

**OPCION DE PAGO:** (Por favor escoja solo una opción y aplique sus iniciales.)

\_\_\_\_\_ Voy a pagar la matrícula mensualmente antes de los plazos designados.

\_\_\_\_\_ Voy a pagar la matrícula en su totalidad o por semestre antes de los plazos designados.

### **TIENE QUE SER FIRMADA ANTE UN NOTARIO**

Entiendo plenamente los requisitos establecidos en el Manual del Estudiante de GCS, el Acuerdo de Génesis Christian School, y estoy de acuerdo en cumplir las políticas de las mismas.

Firma de Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí por dicho declarante en este día, para certificar que testifican mi firma y sello de la oficina.

Este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
Notario Público para el Estado de Texas  
Mi Comisión Expira: \_\_\_\_\_