



Urgentes Tratamientos Médicos, Personas de Contacto, y Transporte (2026 – 2027)

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Yo, como padre/tutor del estudiante identificado más arriba, doy mi consentimiento para que Walsh Academy autorice, de mi parte, la evaluación y tratamiento que sean necesarios para el estudiante. Entiendo que Walsh Academy no asume la responsabilidad ni de los resultados médicos, ni del coste de cualquier tratamiento o evaluación médica.

****Tenga en cuenta que DEBE identificar dos personas con quien la escuela se puede comunicar en caso de emergencia. Hay que identificar dos personas por si la escuela no se puede comunicar con la primera.**

Médico del Estudiante

Empresa del Seguro Médico

Nombre del Médico

Nombre de la Empresa del Seguro Médico

Dirección

Nombre del Asegurado

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de la Póliza

Número de Teléfono

Número de Teléfono

Fax

Fax

Persona de Contacto (Primaria)

Persona de Contacto (Secundaria)

Nombre

Nombre

Relación al Estudiante

Relación al Estudiante

Número de Teléfono de Casa

Número de Teléfono de Casa

Número de Celular

Número de Celular

Número de Teléfono en el Trabajo

Número de Teléfono en el Trabajo

Doy mi consentimiento para que Walsh Academy envíe a casa mi hijo/a en transporte en caso de emergencia (p.ej. inclemencia del tiempo, fallo eléctrico) en el cual una salida temprana es necesaria y no se puede comunicar con mis personas de contacto.

Nombre del Padre/Tutor (Letra de Molde)

Firma

Fecha