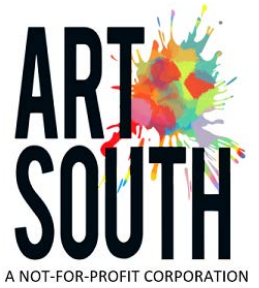


PERMISO PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO



Yo, _____ padre ó guardián de
Nombre del Padre ó Guardian

_____, doy consentimiento al personal de ArtSouth
Nombre del estudiante

para administrar tratamiento a mi hijo. En caso de un herida, accidente o enfermedad que ponga en peligro la vida del menor o que necesite un tratamiento de emergencia, yo autorizo al personal de ArtSouth que llamen a cualquier y todo personal profesional en emergencia para que atiendan, transporten y traten a dicho estudiante y que consientan para que se le tome Rayos X, administren anestesia, transfusión de sangre, medicamentos, o otros diagnósticos médicos, tratamiento u hospitalización que se sea necesaria y aconsejable bajo la supervisión de un médico licenciado, cirujano, dentista, hospital y cualquier otro profesional médico o institución debidamente licenciada de participar en el tratamiento necesario que va a administrar al menor.

Yo autorizo al personal de ArtSouth que administren Benadryl ya sea en pomada o crema a mi hijo en caso de que la piel se le enrojezca, hinchazón, picaduras y/o sarpullido, como resultado de las alergias externas (ejemplo: gatos, caballos, polvo, picaduras de insectos, detergente, jabón y cualquier otra alergia). Yo entrega a ArtSouth de una lista detallada de cualquier y todas las alergias que tiene el estudiante.

También autorizo al personal de ArtSouth que administre repelente de mosquito u otros insectos ya sea en aerosol o crema cuando el estudiante este al aire libre para prevenir picadura de mosquito u otros insectos.

Los empleados de ArtSouth **no administrarán** ninguno de los productos mencionados si no hay consentimiento firmado de los padres o guardián.

Nombre del estudiante _____

Nombre de la madre, o guardián legal _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono Celular _____

Nombre del padre _____ Teléfono de la casa _____

Dirección _____ Teléfono celular _____

Firma Madre, Padre o Guardián Legal

Fecha