ESCUELAS DE FIRSTLINE: **RETURNING STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- Devolver a la Oficina Principal -

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

INFORMACIÓN DE CONTACTO PADRES/TUTOR	
NOMBRE DE PADRES / TUTOR (apellido, nombre)	**PARENTESCO**
TELÉFONO PRIMARIO ( )	**TELÉFONO SECUNDARIO** ( )
CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN (número, calle)	**CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL**
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: ☐ **TELÉFONO** ☐ **TEXTO** ☐**CORREO ELECTRÓNICO** ☐**TODOS**	

INFORMACIÓN DE CONTACTO PADRES/TUTOR	
NOMBRE DE PADRES / TUTOR (apellido, nombre)	**PARENTESCO**
TELÉFONO PRIMARIO ( )	**TELÉFONO SECUNDARIO** ( )
CORREO ELECTRÓNICO:	
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: ☐ **TELÉFONO** ☐ **TEXTO** ☐**CORREO ELECTRÓNICO** ☐**TODOS**	
☐**DIRECCIÓN ES LA MISMA QUE ARRIBA** (SI NO ES, POR FAVOR COMPLETE ABAJO	
DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE)	**CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL**

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

ESCUELAS DE FIRSTLINE: **RETURNING STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- Devolver a la Oficina Principal -

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

PERSONAS PERMITIDAS RECOGER AL ESTUDIANTE				
NOMBRE (nombre, apellido)	**Parentesco:**	**Teléfono:**	**VIVE CON EL ESTUDIANTE?**	**¿CONTACTO DE EMERGENCIA?**
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO
			☐SI ☐NO	☐SI ☐NO

personas no permitidas sacar al estudiante *Si la persona aparece en el certificado de nacimiento del estudiante, documentos de la corte deben ser entregados a la oficina principal.*				
NOMBRE (nombre, apellido)	**Parentesco:**	**Teléfono:**	**VIVE CON EL ESTUDIANTE?**	
			☐SI ☐NO	
			☐SI ☐NO	
			☐SI ☐NO	
			☐SI ☐NO	
			☐SI ☐NO	

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

ESCUELAS DE FIRSTLINE: **RETURNING STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- Devolver a la Oficina Principal -

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

SERVICIOS DE TRANSPORTE

Las escuelas de FirstLine ofrecen servicios de transporte a todos los estudiantes que viven en la parroquia de Orleans,y *por lo menos* una milla de la escuela. Para garantizar la seguridad de nuestros estudiantes, seguimos las siguientes reglas:

- Los estudiantes que requieren adaptaciones específicas de transporte no pueden bajar en su parada de autobús a menos que un cuidador aprobado este presente en la parada de autobús. Si un cuidador aprobado no está presente, el estudiante será regresado a la escuela para su recogida.
- Los estudiantes en los grados tres y abajo no pueden bajar en su parada de autobús a menos que un padre o tutor esté presente en la parada. Un hermano mayor puede acompañar al estudiante si es autorizado por los padres o tutor del niño/a. Si uno de los padres, tutor o hermano no está aprobada, el estudiante será regresado a la escuela para su recogida.

Por favor, indique a continuación cómo llegará el estudiante a hora de entrada y salida (PM) de la escuela:

LLEGADA (A.M.)	☐**PIE** ☐**COCHE** ☐**BUS DE LA ESCUELA**	**SALIDA (P.M.)**	☐**PIE** ☐**COCHE** ☐**BUS DE LA ESCUELA**

si se ha seleccionado " Bus de la escuela" para la llegada o salida, por favor proporcione una dirección:

DIRECCIÓN DE RECOGIDA POR LA MAÑANA:

DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE) CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE BAJADA POR LA TARDE:

DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE) CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL

Si la dirección de encima cambia, por favor complete una forma "cambio de dirección" y entregarlo a la oficina principal.

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

- Devolver a la Oficina Principal -

NOMBRE, APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTOS DE MEDIOS DE PRENSA DE LAS ESCUELAS DE FIRSTLINE

A lo largo del año escolar, los estudiantes pueden ser escogidos para promover las escuelas de FirstLine y las actividades y los logros de sus escuelas. Por ejemplo, los estudiantes pueden ser presentados en materiales para capacitar a los maestros y / o aumentar la conciencia pública sobre nuestras escuelas a través de los periódicos, la radio, la televisión, la web, DVD, pantallas, folletos, carteles, medios de comunicación social y otros tipos de medios de comunicación. También puede haber ocasiones mientras su hijo está inscrito en una escuela FirstLine donde los medios externos u otros pueden visitar el evento de la escuela y desea fotografiar, filmar, entrevistar al niño. Tenga en cuenta que esta versión se aplica a partir de la fecha de su firma y se mantiene vigente perpetuamente. Las escuelas de FirstLine pueden utilizar estas imágenes, vídeos, audio, imagen, etc., en la forma antes descrita, incluso después de que su hijo ya no asiste a una escuela de FirstLine. En caso de que ya no esté de acuerdo a la imagen y semejanza de su hijo que están utilizando, tendrá que firmar y devolver el formulario de exclusión.

Como padre o tutor, autorizo que las Escuelas FirstLine y sus empleados, representantes, empleados contratados, voluntarios autorizados, y los medios de comunicación locales y nacionales (incluyendo pero no limitado a los medios de periódicos, revistas, televisión y otros medios) permiso para imprimir , fotografiar, a mi hijo para su uso en audio, vídeo, película o cualquier otro medio electrónico, digital e impreso. Esto es con el entendimiento de que no voy a recibir una compensación monetaria por la participación de mi hijo, y aún más que liberar y mantener escuelas inofensiva FirstLine, su Consejo de Administración, empleados, el fotógrafo, camarógrafo, y otros representantes de los activos y pasivos futuros, conocidos o desconocidos, que surjan de la utilización de este material.

Yo entiendo que al firmar esta renuncia estoy de acuerdo que la imagen de mi hijo sea utilizando en materiales educativos, promocionales y de marketing, en sitios de medios sociales como Twitter, Facebook, Instagram, comunicados de prensa, en los sitios web, emisoras de radio, noticias estaciones, en la televisión, y cualquier otro medio de comunicación.

Certifico que he leído el consentimiento de Medios y Presencia y entiendo completamente sus términos y condiciones.

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

ESCUELAS DE FIRSTLINE: **RETURNING STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- Devolver a la Oficina Principal -

CUESTIONARIO DE LA RESIDENCIA DE ESTUDIANTES DE LOUISIANA
(El formulario debe incluirse en el paquete de matriculación en la escuela)

Fecha _____ Distrito _____ Nombre de la escuela _____

Nombre del estudiante: _____ NSS/nº ID: _____ Género: Hombre/Mujer

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Última escuela a la que asistió: _____ Grado actual: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor/Cuidador del estudiante: _____ Relación: _____

Descargo de responsabilidad: este cuestionario tiene por finalidad recoger lo estipulado en la Ley McKinney-Vento. Su hijo puede ser elegido para servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A, Título I, Parte C Inmigrante, Ley de educación de personas con discapacidades (IDEA) y/o el Título IX, Parte A, Ley federal de asistencia McKinney-Vento, 42 U.S.C.11435. La condición de elegible puede determinarse completando este cuestionario. Es ilegal realizar falsas declaraciones deliberadamente en este formulario. Si son elegibles, los estudiantes deben matricularse inmediatamente de acuerdo con el Boletín 741, apartado 341.

1. ☐ SÍ ☐ NO ¿Pertenece la dirección del estudiante a una vivienda temporal? (Nota: si esta es una vivienda permanente o la familia posee o alquila su vivienda, firme en el ítem 9 y envíe en formulario al personal de la escuela).
2. ☐ SÍ ☐ NO ¿Se debe la vivienda temporal a una pérdida del hogar o una dificultad económica?
3. ☐ SÍ ☐ NO ¿Tiene el estudiante alguna discapacidad o recibe algún servicio especial relacionado con la educación? (Marque uno)
4. ¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Marque todo lo que sea de aplicación).

☐ En un albergue de emergencia o temporal.
☐ Temporalmente con otra familia ya que no nos podemos permitir o no podemos encontrar una vivienda asequible.
☐ Con un adulto que no es progenitor ni tutor legal, o solo sin un adulto.
☐ En un vehículo de cualquier tipo, remolque o campamento sin agua corriente ni electricidad, un edificio abandonado o vivienda social.
☐ Alojamiento de emergencia (es decir, Remolques FEMA o asistencia al alquiler FEMA)
☐ En un hotel/motel. ☐ Other specific information:_____

5. ☐ SÍ ☐ NO ¿Muestra el estudiante algún comportamiento que pueda interferir con su rendimiento académico?
6. ¿Le gustaría recibir ayuda para los uniformes, registros de estudiantes, material escolar, transportes o de otro tipo? (Describa: _____)
7. ☐ SÍ ☐ NO Inmigrante – ¿Se ha trasladado a otra vivienda durante los últimos tres (3) años para buscar un trabajo temporal o de temporada en el sector agrícola (incluyendo el procesado de aves de corral, lácteos, cuidado de niños y madera) o pesquero?
8. ☐ SÍ ☐ NO ¿Posee el estudiante hermanos (o hermanas)? Nota: use la parte posterior de la página si necesita más espacio.
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ DOB _____
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ DOB _____
   Nombre _____ Escuela _____ Grado _____ DOB _____
9. El abajo firmante certifica que la información suministrada anteriormente es correcta.

Escriba el padre/tutor/cuidador de adultos para el nombre, Firma y fecha del estudiante

(Código de área) Número de teléfono | Calle Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Solo para uso de la escuela:
☐ Formulario de comidas gratuitas o con precio reducido enviado y firmado ☐ Copia incluida en el registro acumulativo del estudiante
Solo para uso de contacto para personas sin hogar - *Marque todo lo que sea de aplicación:*
☐ Protegido ☐ Vivienda compartida ☐ Sin protección/FEMA ☐ Hotel/Motel Joven no acompañado: ☐ SÍ ☐ NO

Escriba el contacto de la escuela Nombre | Título | Firma | Fecha

ESCUELAS DE FIRSTLINE: **RETURNING STUDENT** ENROLLMENT PACKET

- Devolver a la Oficina Principal -

APELLIDO DEL ESTUDIANTE NOMBRE DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

FORMA DE EXENCIÓN POR DIFICULTAD ECONÓMICA

Esta forma debe ser completada y regresada a la oficina principal de la escuela/al Manager de Operaciones de la Escuela como parte de este paquete.Esta forma no puede ser mandada por medio de fax o correo electrónico. Por favor de entregar en persona.

Las Escuelas de FirstLine intentan encontrar un balance en justicia (i.e., todos los estudiantes pagan las mismas tarifas) con equidad y reconocimiento de dificultad económica que familias pueden enfrentar. Como tal, los líderes de las escuelas (o sus designados) ofrecerán un descuento o exención de tarifas para estudiantes y familias que completan los siguientes pasos:

1. Hacer un esfuerzo en buena fe de pagar las tarifas en completo, incluyendo por medio de pedir tiempo adicional/o un plan de pago
2. Pedir a un líder de escuela (o sus designados) una forma de exención o descuento en tarifas
3. Proveer documentos adicionales a los líderes de la escuela (o sus designados)
4. Comprometerse a informar a los líderes de la escuela (o sus designados) si su circunstancia económica cambia y puede pagar las tarifas más tarde en el año escolar.

El Departamento de Educación de Louisiana provee el siguiente ejemplo de una familia cuál estatus permite que reciban exención de tarifas: familias que reciben beneficios de desempleo o asistencia pública, incluyendo Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF), Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o Medicaid; familias adoptivas cuidando de niños en adopción; y familias sin hogar. Líderes de la Escuela pueden usar estos ejemplos y otra información para determinar si usted es elegible.

Líderes de escuela (o sus designados) comunicaran sobre la decisión en relación a la exención conforme haya cupo directamente a las familias. Si tiene alguna pregunta, por favor de contactar al Manager de Operaciones de su Escuela.

LISTA DE TARIFAS

Las lista de tarifas para el año escolar para todas las escuelas de FirstLine se encuentran en nuestra página de web firstlineschools.org. La lista incluye el propósito y el uso de estas tarifas, y la cantidad de cada tarifa

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	**NOMBRE DEL ESTUDIANTE**
DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE)	**CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL**
NOMBRE DE PADRES/TUTOR	**NUMERO TELEFONICO**

ACTUALMENTE, USTED RECIBE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA DE LOUISIANA? (Si recibe, por favor de seleccionar)

- ☐ TANF (Asistencia Temporal para Familias en Necesidad)
- ☐ SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria)
- ☐ SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario)
- ☐ FITAP (Programa de Asistencia Temporal Independencia para Familias LA)
- ☐ Medicaid
- ☐ Sin hogar
- ☐ Familias con niños adoptivos (Foster Care)

Siéntase libre de proveer documentación adicional

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

FOR SCHOOL USE ONLY **Policy Number:** Fin-1234 (STUDENT FEE HARDSHIP POLICY WAIVER) **Date received** _____ **School Leader or Designee:** _____

FINAL 11/06

- Devolver a Enfermera -

ESTADO DE LOUISIANA

INFORMACION MEDICA

DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE/TUTOR LEGAL CADA CICLO ESCOLAR

PARTE 1: EL PADRE O TUTOR DEBE LLENARLA. El padre o tutor está invitado a participar en el desarrollo de un Plan Individual para el Cuidado de la Salud si es necesario. Use hojas adicionales, si es necesario, para mayor explicación

Nombre de la escuela:			Grado:	
Nombre del alumno: Apellido(s):			Inicial del segundo nombre(s):	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M F		Estado o país de nacimiento:	
Dirección postal:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección física:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre de la madre o tutor:	Teléfono de casa: ( )	Teléfono del trabajo: ( )	Celular: ( )	Empleador:
Nombre del padre o tutor:	Teléfono de casa: ( )	Teléfono del trabajo: ( )	Celular: ( )	Empleador:

Nombre del médico pediatra o el principal proveedor médico:

Nombres de los especialistas o clínicas de especialidades que atienden a su hijo:

Firma del padre o tutor legal Fecha

Marque el tipo de seguro médico de su niño: Privado Medicaid/LaCHIP Ninguno

Si su niño no tiene seguro, le gustaría recibir información sin costo sobre seguros médicos? Si No

En caso de emergencia—si no se puede localizar al padre o tutor --contactar a:

Nombre Número de teléfono completo ( )

Mi hijo/a tiene un problema físico, mental, o de comportamiento que podría afectar su jornada escolar: (Si usted respondío "si" por favor complete la PARTE 2.) No Si

PARTE 2: MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE APLIQUEN A SU HIJO/A. El padre o tutor es responsable de proveer a la escuela cualquier alimento especial o equipo que el alumno requiera durante su jornada escolar. Pregunte a la enfermera de la escuela cómo obtener los formularios correctos para medicamentos y el procedimiento a seguir.

☐ **ALERGIAS**

Tipo:

Alimentaria (lista de alimentos)
Picadura de insectos (lista de insectos)
Medicamentos (lista de medicamentos)
Otros (lista) _____

Reacciones: (Fecha de la última vez si aplica.)

Tos (Fecha:) Ronchas (Fecha:) Erupción (Fecha:)
Dificultad para respirar (Fecha:) Inflamación localizada (Fecha:) Sibilancia (Fecha:)
Inflamación generalizada (Fecha:) Nauseas Fecha:) Otros (Fecha:)

Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad:

Antihistaminico oral (Benadryl, etc.) Epi-pen Otro _____

☐ **ASMA**

Desencadenante: Ambiental (i.e., tabaco, polvo, mascotas, polen, etc.) (lista) _____ Otros (lista) _____

¿Su hijo tiene sintomas de asma cuando hace ejercicio? No Si

Síntomas:

Pecho Opresión, incomodidad, o dolor de pecho Difficultad para respirar Tos Sibilancia Otro _____

Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad: _____

Fecha de la última hospitalización por asma _____ Fecha de la última visita a urgencias por asma _____

¿Su hijo cuenta con un plan para controlar el asma por escrito? No Si

¿Usa un medidor de flujo máximo? No Si

ESCUELAS DE FIRSTLINE: **RETURNING STUDENT** ENROLLMENT PACKET

FINAL 11/06

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

❑ **DIABETES**

Medicamentos y tratamientos que toma en la actualidad::

Insulina: Jeringa Auto inyector Bomba
Medidor de nivel de azúcar
Glucagón
Medicamento oral Lista de medicamentos _____
¿Necesita horario especial para comer o para educación física? No Si

❑ **TRASTORNO CONVULSIVO**

Tipo de convulsión:
Ausente (mirada fija, no responde) Parcial compleja Tónica Clónica Generalizada (Grand Mal/Convulsiva)
Otro (explique) _____
Restricciones de educación física: No Si
Medicamento(s): No Si Lista de medicamento(s) _____

Fecha de la última convulsión: _____ Duración: _____

❑ **OTROS PROBLEMAS DE SALUD**

Anemia ADD/ADHD Cáncer Parálisis cerebral Varicela Fibrosis cística
Depresión Trastornos digestivos Emocional/Psicológico Artitris reumatoide juvenil
Hemofilia Trastornos del corazón Discapacidad física Anemia depranocítica Trastornos de la piel

Problemas de lenguaje Otro (explique)_____
Restricciones de educación física: No Si (explique): _____
_____
Medicamento(s): No Si Lista de medicamento(s)
_____
Procedimientos especiales necesarios (i.e., cateterismo, oxigeno, cuidados de gastrostomía o traqueostomía, succión):
Si No (explique):_____
_____
_____

Dieta especial necesaria (i.e., molida, suave, baja en sal, baja en grasa, suplemento líquido):No Si (explique): _____

¿Hay ausencias u hospitalizaciones frecuentes que se saben con anticipación? No Si (explique):

❑ PROBLEMAS VISUALES
Lentes de contacto/anteojos
Otro _____

❑ **PROBLEMAS DE AUDICION**
Aparato auditivo (s)
Otro _____

❑ **ADAPTACIONES DEL AMBIENTE DEBIDO A PROBLEMAS DE SALUD**

Adaptaciones especiales del ambiente u horario escolar: No Si (explique):_____
(i.e., convulsiones, limitantes en la actividad física, descansos periódicos para resistencia, horario de medio tiempo, modificaciones al edificio o accesos)
Adaptaciones especiales a el aula o instalaciones escolares No Si (explique):_____
_____
_ (i.e., control de la temperatura, refrigeración almacenamiento de medicamentos, disponibilidad de agua)
Consideraciones de seguridad especiales: No Si (explique)_____
(i.e., precauciones especials de levantamiento, posición, plan de emergencia en transporte especial, equipo de seguridad especial, técnicas especial para posicionamiento, alimentación)
Asistencia especial con actividades diarias: No Si (explique):_____
(i.e., comer, ir al baño, caminar)

PARTE 3: PARA SER LLENADA POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA si el padre o tutor indica algún trastorno médico.

Firma de la enfermera de la escuela Fecha

Notas:

REGRESAR LA FORMA LLENA A LA ENFERMERA/ENFERMERÁ DE LA ESCUELATAN PRONTO COMO SEA POSIBLE

AVISO

El Departamento de Salud y Hospitales (DHH) de Louisiana programa de Medicaid permite a los distritos escolares para solicitar el reembolso de los costos asociados con los servicios relacionados con el IEP. Estos servicios incluyen terapia física y ocupacional, patología del habla, servicios de salud mental, servicios de enfermería, y el transporte especial.

Los centros están obligados a dar aviso y obtener el consentimiento de los padres antes de acceder a los beneficios de Medicaid de un niño.

Las escuelas de FirstLine busca su consentimiento para revelar información personal acerca de su hijo a Medicaid de Louisiana para acceder a un reembolso por el IEP / Medicaid cubre los servicios de salud que se proporcionan en la escuela. Con el fin de presentar reclamaciones por los servicios cubiertos del IEP / Medicaid, pueden ser necesarios los siguientes tipos de registros: nombre completo del niño, dirección, fecha de nacimiento, identificación de Medicaid, discapacidad, tipos de servicios y las fechas de los servicios prestados. Esta revelación de información a Louisiana Medicaid y sus afiliados y el acceso a los reembolsos de Medicaid para el distrito escolar no dará lugar a ninguna disminución en la cobertura de Medicaid vida disponibles, dar lugar a ningún costo para usted o su familia, aumentar el pago o dar lugar a la suspensión de beneficios o seguro o crear riesgo de pérdida de la elegibilidad de su hijo para el hogar y renuncias basadas en la comunidad con base en el total de gastos relacionados con la salud.

Puede retirar su consentimiento por escrito en cualquier momento. Si niega el consentimiento o retira su consentimiento para permitir el acceso a los beneficios de Medicaid, no aliviará el sistema escolar de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos del IEP se proporcionan sin costo alguno para su hijo.

CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo a las Escuelas FirstLine a revelar información necesaria para Medicaid de Louisiana con el fin de solicitar el reembolso de los servicios de salud cubiertos por Medicaid IEP / proporcionados a mi hijo.

_____

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA

- Devolver a Enfermera -

_____

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO

FORMULARIO DE ALTA MEDICA

ESCUELAS DE FIRSTLINE: **RETURNING STUDENT** ENROLLMENT PACKET

Proveedor de Seguro y Numero de Grupo:	Plan:
Nombre de Primario Asegurado: Fecha de nacimiento: / /	Empleador:
Médico primario de cabecera:	Hospital / Clínica de Preferencia

El abajo firmante padre / tutor, por la presente concede el personal de las Escuelas FirstLine la autoridad para obtener tratamiento médico para el niño que aparece arriba. Esto incluye la autorización para obtener tratamiento y procedimientos médicos para el niño como puede ser apropiado en circunstancias de emergencia, incluyendo el tratamiento por los médicos, hospital, clínica, y personal paramédico. Renuncio a mi derecho al consentimiento informado del tratamiento, sólo en el caso de que yo no pueda ser localizado.

_____

PADRE / TUTOR (nombre, apellido) FIRMA FECHA