

**COLUMBIA BASIN COLLEGE  
CONSENTIMIENTO MEDICO**

Para Estudiantes que Estén Participando en Viajes de Campo y/o Actividades del Colegio

Yo, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_,  
(Escriba el Nombre del Estudiante) (Padre de estudiante menor de dieciocho años de edad),

por este medio otorgo a Columbia Basin College la autoridad de acceder a tratamiento médico en nombre de:  
(Escriba el Nombre del Estudiante) \_\_\_\_\_ en caso de que el estudiante  
identificado arriba se lesione o de otra manera quede incapacitado durante un viaje de campo o actividad  
asociado con el Colegio.

El Colegio podrá por este medio: hacer cualquier arreglo que sea apropiado y más conveniente para el  
**estudiante identificado y mencionado arriba** en caso de que se lesione y quede incapacitado, para la  
atención médica, quirúrgica o dental urgente del **estudiante identificado arriba**;

Acceder en mi nombre a cualquier y todo tipo de tratamiento o procedimiento médico, tratamiento o  
procedimiento dental o procedimientos quirúrgicos para el **estudiante mencionado arriba**;

Acceder en mi nombre a la revelación de cualquier comunicación o información confidencial o de  
confianza relacionada a la prestación de cualquier tipo de cuidado para el **estudiante mencionado arriba**;

Emplear médicos, cirujanos, enfermeros, dentistas, o cualquier otro individuo o institución necesario  
para poder prestarle al **estudiante mencionado arriba**, cualquiera de los tipos de cuidado autorizados por  
este Consentimiento Médico.

Una fotocopia de este instrumento se considerará como una versión original para todo fin.

**ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MEDICO SE VENCE :** \_\_\_\_\_.

Si cualquier parte de este Formulario de Consentimiento Médico se considerara inválida bajo cualquier  
ley, lo restante de este instrumento no se verá afectado por tal invalidez.


EN FE DE LO CUAL, he llenado este Formulario de Consentimiento Médico el \_\_\_\_\_, 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante (Escriba el Nombre) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardián Legal de (Escriba el Nombre) Fecha  
Estudiante Menor de 18 Años de Edad

APROBADO COMO FORMULARIO: OFICINA DEL FISCAL GENERAL  
Julio, 2005



 Individuos con discapacidades son animados a participar en eventos y programas patrocinados por el colegio comunitario. Si usted tiene una incapacidad y requiere asistencia, por favor comuníquese con el Centro de Recursos de CBC al (509) 547-0511, Ext. 2252, o TTY/TDD al (509) 546-0400. Esta noticia está disponible solicitándolo por medios de comunicaciones alternativas.

Columbia Basin College obedece las leyes del estado y federal, regulaciones y órdenes ejecutivas pertenecientes a los derechos civiles, igualdad de oportunidades y a la acción afirmativa. CBC no discrimina en sus programas educacionales o empleo basándose al género, raza, origen nacional, religión, edad, estado mental, físico, mental o discapacidad sensorial, orientación sexual o estado veterano de Vietnam. Si tiene alguna pregunta se puede comunicar con Camilla Glatz, Oficial del Accion Afirmativa, (509)547-0511, Ext. 2348.