



AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE TRATAR A UN/A MENOR

CONFORME AL CÓDIGO DE CALIFORNIA SECCIÓN 25.8
CONFORME AL CÓDIGO PENAL DE CALIFORNIA SECCIÓN 12552

El/la que firmó abajo aquí autoriza que el Maestro/a, Consejero del club HYLC o cualquier sustituto/a como que él/ella poder ser designado/a como agente/a para el/la menor de consentir para los exámenes de rayos-x, anestesia, medicina, diagnóstico dentales o cirugía o tratamiento y ciudadanos en los hospitales para el/la menor mencionado/a a bajo lo cual es aconsejado por y clarificado bajo lo general o específica supervisión de cualquier doctor/y cirujano/a, licenciado/abajo el Acta de Práctica Dental, ya sea tal diagnóstico o tratamiento sea echo en la oficina del/la doctor/a o dentista, en el hospital, o en otro lugar.

Esta autorización será efectiva mientras que el/la menor esté en el camino a dé o envuelto/a o participando en cualquier programa o en actividades de HYLC y CMN, a menos que sea anulada por escrito por la persona que firmo esta autorización, y sea llevada al agente autorizado/a.

(Nota: Además, yo también doy mi permiso para que yo y mi hijo/a seamos fotografiados en las actividades de HYLC para futuras promociones.)

Nombre del/a Menor: _____

Fecha

Firma del Padre o Guardián

Domicilio del Padres o Guardián

Ciudad

Código Postal

() _____
Teléfono

() _____
Otro Teléfono de Contacto

Contacto de Emergencia: _____
Nombre

Tel. () _____

Otro Tel. () _____



AUTHORIZATION AND CONSENT TO TREAT MINOR

PURSUANT TO CALIFORNIA CIVIL CODE SECTION 25.8
PURSUANT TO CALIFORNIA PENAL CODE SECTION 12552

The undersigned hereby authorizes the Club Adviser/s, Teachers, HYLC Director or such substitute as she/he may designate as agent for the undersigned to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical, dental or surgical diagnosis or treatment and hospital care for below named minor which is deemed advisable by and to be rendered under the general or special supervision of any physician and surgeon, licensed under the Dental Practice Act, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or dentist, at a hospital, or elsewhere.

This authorization will remain effective while the below minor is on route to or from or involved or participating in any program or activity of the HYLC and CMN, unless revoked in writing by the undersigned, and delivered to the aforesaid agent.

(Note: In addition, I also give my permission for myself and/or my child to be photographed at any HYLC Activities for promotion purposes.)

Name of Minor: _____

_____ Date _____ Signature of Parent or Guardian

_____ Address of Parents or Guardians _____ City _____ Zip

() _____ Phone (Home) () _____ Phone (Business)

Emergency Contact: _____ Name _____ Phone () _____ () _____