



**Permiso Médico para la Banda de la Escuela Secundaria Sherando**  
**Año escolar 2026-2027**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Si los directores o acompañantes consideran necesario durante los viajes de la banda, se le puede administrar a mi hijo/a medicamentos de venta libre apropiados, como analgésicos, antihistamínicos, descongestionantes, alivio para el malestar estomacal, etc. (Por favor, inicie.)

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ NO

Si la respuesta es sí, mi hijo/a NO debe recibir los siguientes medicamentos de venta libre:

\_\_\_\_\_

En el caso poco común de una emergencia o preocupación, puede ser necesario buscar tratamiento médico de emergencia para su estudiante. Al firmar a continuación, usted otorga a los directores, personal y acompañantes adultos la autoridad para obtener cualquier servicio médico que los médicos presentes consideren inmediatamente necesario, y acepta ser responsable financieramente por cualquier gasto incurrido. Los directores, el personal y los acompañantes usarán su mejor criterio y actuarán en el mejor interés de la buena salud del estudiante y del grupo.

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_