

University of California, Irvine
Mathematics, Engineering, Science Achievement
MEDICAL RELEASE FORM / LIBERACION MEDICA

Student Name (*Nombre del Estudiante*) **School** (*Escuela*) **Grade** (*Grado*) **School Year** (*Año Escolar*)

Is the student listed above allergic to any medication? YES () NO () If yes, please explain: _____
¿El estudiante es alérgico(a) a alguna medicina?

Is the student listed above currently taking medication? YES () NO () If yes, please explain: _____
¿Está tomando medicina?

Are there any existing medical problems? YES () NO () If yes, please explain: _____
¿Algún problema médico existente?

Family Doctor (*Doctor Familiar*) ()
Telephone (*Teléfono*)

Insurance Carrier and Policy Number: _____
(Aseguranza y número de póliza)

If I am unable to be reached, call _____ ()
(Si no pueden comunicarse conmigo, llamen) **Name of Relative or Friend** (*Nombre de amistad o pariente*)
Must be an adult other than the parent/guardian
(Se requiere adulto que no sea el padre/guardián legal) **Telephone** (*Teléfono*)

PERMISSION FOR EMERGENCY TREATMENT:

In the event of accident, illness or injury during, or as a result of my child's participation in MESA, I hereby authorize University personnel to obtain for my child any medical or emergency treatment they may deem appropriate. I hereby authorize any physician, hospital or other healthcare provider to undertake any and all treatment and/or tests, including but not limited to radiographic examinations (e.g. x-rays, CT Scans, MRI scans, etc) , laboratory tests (including the obtaining of blood and/ or urine specimens), the providing of oral or intravenous medications, etc which said health care provider(s) believe, in the exercise of their professional judgment, is required to diagnose and/or treat my child's condition. I agree that the University is no way responsible for any medical care my child receives pursuant to this paragraph, and hereby agree to hold the Regents of the University of California, their agents and employees, harmless for any medical care or treatment my child receives pursuant to this paragraph. I further acknowledge that I alone am financially responsible for any costs or fees incurred or associated with the provision of any medical care to my child pursuant to this paragraph."

PERMISO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:

En caso de accidente, enfermedad o herida, o como resultado de la participación de mi hijo(a) en MESA, yo autorizo al personal de la Universidad que tomen los medios adecuados para que mi hijo(a) obtenga la atención médica que crean más apropiada. Yo autorizo que el doctor , hospital o cualquier otro proveedor médico tome cualquier o todo los tratamientos y/o exámenes, incluyendo pero no limitado a exámenes radiograficos (e.g. radio-X's, CT scans, MRI scans, etc.), exámenes de laboratorio (incluyendo pruebas lde sangre y/o orine),y el proveer de medicamentos orales o infusiones intravenosas, etc que el proveedor médico asegure en justificación de su profesión, sea necesario para el tratamiento y/o el diagnostico del estado de mi hijo(a). Yo entiendo que la Universidad no será responsable por ningún tratamiento médico que reciba mi hijo(a) en conforme a este párrafo., y estoy de acuerdo de liberar y sostener a Los Regentes de la Universidad de California, sus empleados y agentes de toda liabilidad por la atención médica recibida de mi hijo(a) en conforme a este párrafo. Y tal entiendo que solo yo sere responsable por cualquier gasto incurrido o asociado con la atención médica de mi hijo(a) en conforme a este párrafo.

Parent / Legal Guardian Signature
(Firma de padre/guardián legal)

Print Parent / Legal Guardian Name
(Nombre escrito con letras de molde)

Date
(Fecha)

Home Phone: _____
(Número de Casa)

Cellular Phone: _____
(Número de Celular)

Work Phone: _____
(Número de Trabajo)