



CENTER FOR  
HOLY LANDS STUDIES

## Formulario de consentimiento de los padres

Los padres y tutores legales de los estudiantes menores de 18 años deben completar este formulario y devolverlo al Centro de Estudios de las Tierras Santas (CHLS, por su sigla en inglés). La información solicitada está diseñada para ayudar a CHLS a garantizar la seguridad de los menores durante su programa en Israel. Envíe por correo postal o por correo electrónico a CHLS una copia del formulario completado (*el formulario original certificado ante un notario debe acompañar al menor que viaja*):

**Envíe una fotocopia del formulario con firma de notario a:**

Center for Holy Lands Studies  
1445 N Boonville Ave  
Springfield, MO 65802

**Envíe una copia escaneada a:**

[info@holylandstudies.org](mailto:info@holylandstudies.org)

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de ciudadanía: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal País

Teléfono móvil: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico principal: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTORES

#### *Primer padre/tutor*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal País

Teléfono móvil: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico principal: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTORES (Continuación)

### Segundo padre/tutor

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal País

Teléfono móvil: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico principal: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO MÉDICO

- 1) ¿Actualmente su estudiante está recibiendo tratamiento por una lesión o enfermedad o está tomando algún tipo de medicamento por algún motivo?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique y enumere cualquier medicamento:

---



---



---



---

- 2) ¿Su estudiante es alérgico a algún tipo de medicamento?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique:

---



---



---



---

- 3) ¿Su estudiante requiere médicamente una dieta especial?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique:

---



---



---



---

4) ¿Tiene su estudiante (o alguna vez ha tenido) alguna de las siguientes condiciones? (Marque todo lo aplicable y explique)

Convulsiones

Asma

Soplo cardíaco

Diabetes

Fiebre del heno

Enfermedad renal

Otro

En caso afirmativo, por favor explique:

---

---

---

---

5) ¿Sufre su estudiante de alguna alergia?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique y enumere cualquier medicamento:

---

---

---

---

6) ¿Ha sido sonámbulo alguna vez su estudiante?  Sí  No

7) ¿Puede nadar su estudiante?  Sí  No

8) ¿Tiene su estudiante alguna condición física o enfermedad que le impida participar en actividades normales y rigurosas?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique:

---

---

---

---

**Padre/Tutor (1) Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor (2) Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Entendemos que seremos notificados en caso de una emergencia médica que involucre a nuestro estudiante. Sin embargo, en el caso de que nosotros, o cualquiera de nosotros, no podamos ser contactados, autorizamos la llamada a un médico y la prestación de los servicios médicos necesarios en caso de que nuestro estudiante se lesione o se enferme. Autorizamos a CHLS a tomar decisiones de atención médica de emergencia en nombre de nuestro estudiante, si así lo exige la ley o un proveedor de atención médica. Entendemos que CHLS, o cualquiera de sus agentes, empleados o voluntarios, no serán responsables de los gastos médicos incurridos en base a esta autorización. Acordamos notificar a CHLS en caso de cualquier cambio de salud que restrinja la participación de nuestro estudiante en cualquier actividad. También entendemos que CHLS se reserva el derecho de restringir a nuestro estudiante de cualquier actividad que no sienta que está dentro de las capacidades físicas de nuestro estudiante.

**Médico de la familia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de su oficina:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Teléfono móvil:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Número de la póliza de seguros del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor (1) Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor (2) Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

Yo (Nosotros), \_\_\_\_\_, por la presente le doy/damos a CHLS, al Concilio General de las Asambleas de Dios y a cualquiera / todos sus licenciatarios y representantes legales el derecho irrevocable de usar el nombre de mi estudiante (o cualquier nombre ficticio), fotografía, retrato, o fotografía en todos los formularios y medios y de todas las maneras, incluidas, entre otras, representaciones compuestas o distorsionadas, para publicidad, comercio, o cualquier copia que pueda crearse en relación con las mismas.

Verifico que soy padre/tutor del menor mencionado anteriormente y que tengo la autoridad legal para ejecutar la autorización anterior. He leído este comunicado y entiendo completamente su contenido. Apruebo lo anterior y renuncio a cualquier derecho en las premisas.

**Padre/Tutor (1) Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Padre/Tutor (2) Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## ELECCIÓN DE SEGUROS

Soy (somos) consciente(s) de los riesgos potenciales para mi estudiante asociados con la participación en este programa de estudio en Israel. Además, yo (nosotros) entiendo (entendemos) que CHLS incluye un seguro médico y de responsabilidad general en el extranjero durante la duración de mi programa y que soy responsable de obtener cualquier cobertura adicional de seguro de viaje que considere necesaria.

**Padre/Tutor (1) Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (2) Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA VIAJAR AL EXTRANJERO CON UN MENOR**

**Instrucciones:** El formulario original firmado por un notario DEBE acompañar al menor que viaja.

Tanto los padres biológicos como los tutores legales deben firmar:

- Si están divorciados (si el divorcio es con custodia exclusiva, se debe adjuntar y certificar ante un notario la documentación legal del padre con custodia).
- Si un padre natural ha fallecido, se requiere una copia certificada del certificado de defunción.
- Los padrastros no pueden firmar por un menor a menos que ese niño haya sido legalmente adoptado por ese padrastro, en cuyo caso, la documentación legal que respalde la adopción debe adjuntarse y certificarse ante notario.

**CONSENTIMIENTO, CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Por la presente, otorgo total autorización y consentimiento a mi hijo/hija,

\_\_\_\_\_, que es ciudadano/ciudadana estadounidense y porta el pasaporte estadounidense número \_\_\_\_\_, para viajar fuera de los Estados Unidos de América con CHLS. He aprobado los siguientes planes de viaje:

1) Fechas de viaje: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

2) Destino: \_\_\_\_\_.

Autorizo a CHLS a realizar los cambios necesarios en los planes de viaje especificados anteriormente. Bajo pena de perjurio según las leyes del estado de \_\_\_\_\_, atestiguo a la veracidad, exactitud y validez de las declaraciones anteriores.

Honestamente y con precisión completé todas las partes del Formulario de Consentimiento de los Padres lo mejor que pude.

\_\_\_\_\_  
Firma del primer padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del segundo padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del primer padre/tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del segundo padre/tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTHORIZATION OF NOTARY PUBLIC**

STATE OF: \_\_\_\_\_ COUTNY OF: \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_, of 20\_\_\_\_\_, before me, \_\_\_\_\_,  
(Notary's Name)

a Notary Public in and for said county, personally appeared \_\_\_\_\_,  
(Subscribing Witness)

known to me to be the person who executed the within agreement and acknowledged to me that he/she executed the same for the purposes therein stated.

Notary Public Signature: \_\_\_\_\_

