

Estado de _____

Autorización de Viaje para Menores

Yo/Nosotros, _____, declaro/declaramos ser el padre, madre o tutor legal de _____ [Nombre del niño], nacido(a) el _____ [Fecha de nacimiento]. Reconozco/reconocemos que mi/nuestro hijo(a) viajará dentro del país al extranjero y que cuenta con mi/nuestro consentimiento para viajar con _____ [Persona acompañante], quien es para mi/nuestro hijo(a): (Marque una opción)

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Amigo(a) de la familia |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Maestro(a) |
| <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Grupo escolar |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Grupo turístico |
| <input type="checkbox"/> Niñera | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

El pasaporte de _____ [Persona acompañante] fue expedido por _____ [País de expedición], con número de pasaporte _____, con fecha de expedición _____ y en _____ [Ciudad/Estado de expedición].

DETALLES DEL VIAJE

NOMBRE DEL NIÑO: _____

PERSONA ACOMPAÑANTE: _____

DESTINO DEL VIAJE: _____

FECHAS DEL VIAJE: _____, 20____ a _____, 20____

MOTIVO DEL VIAJE: (Marque una opción)

- Vacaciones
 Visita a familiares
 Viaje escolar
 Viaje de negocios con los padres
 Otro: _____

DIRECCIÓN EN EL DESTINO:

Nombre: _____

Dirección: _____

País: _____

Teléfono: _____

DERECHO A RETIRAR EL CONSENTIMIENTO DE VIAJE

Si en cualquier momento el destino del viaje queda sujeto a una Alerta de Viaje de Nivel Cuatro, según lo determine el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), o a una Alerta de Viaje de Nivel Tres (o superior) emitida por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS), tendremos el derecho de revocar de inmediato la autorización de viaje, mediante notificación por escrito.

(Marque si corresponde)

CONSENTIMIENTO MÉDICO

Yo/Nosotros declaramos que tengo/tenemos la custodia legal exclusiva del menor mencionado anteriormente. Por el presente, otorgo/otorgamos autorización y consentimiento a _____ [Persona acompañante] para prestar primeros auxilios en caso de lesiones o enfermedades leves que experimente el menor. Si la lesión o enfermedad es potencialmente mortal o requiere tratamiento de emergencia, autorizo/autorizamos a _____ [Persona acompañante] a solicitar la intervención de cualquier personal médico de emergencia para atender, trasladar y tratar al menor, así como a otorgar consentimiento para la realización de radiografías, anestesia, transfusiones de sangre, medicamentos u otros diagnósticos, tratamientos médicos o atención hospitalaria que se consideren necesarios y se realicen bajo la supervisión de un profesional médico debidamente autorizado(a) para ejercer en el estado o país donde se lleve a cabo dicho tratamiento. Yo/Nosotros aceptamos asumir la responsabilidad financiera de todos los gastos derivados de dicha atención médica.

(Marque si corresponde) Esta autorización para tratamiento médico excluye específicamente los siguientes tratamientos por motivos religiosos:

- Vacunas
- Transfusiones de sangre
- Trasplante de corazón
- Implantes
- Injertos de piel
- Cualquier tratamiento que contenga productos de origen animal
- Otro: _____

Se entiende que esta autorización se otorga con antelación a cualquier tratamiento médico y tiene como finalidad otorgar facultades a _____ [Persona acompañante] para actuar conforme a su mejor criterio, siguiendo la recomendación de cualquier profesional médico o de la salud debidamente autorizado.

Esta autorización médica será válida durante las fechas del viaje: _____, 20 a _____, 20

Cualquier consulta relacionada con este consentimiento puede dirigirse a mí/nosotros a través de la información de contacto adjunta.

(Marque si corresponde)

Autoridad legal del padre/madre o tutor: Orden judicial Certificado de defunción adjunto como anexo

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Información del niño que viaja

Nombre legal completo del niño: _____
Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento (estado, ciudad, país): _____
Número de registro del acta de nacimiento: _____

Autoridad emisora del acta de nacimiento: _____

Se adjunta copia del documento del niño que viaja: Acta de nacimiento Pasaporte
Licencia de conducir Fotografía.

Datos del pasaporte del niño

Número de pasaporte: _____ **País emisor del pasaporte:** _____
Lugar de emisión del pasaporte: _____ **Fecha de emisión del pasaporte:** _____

Información de salud del niño

Condiciones de salud (p. ej., asma, diabetes): _____
Alergias (p. ej., a medicamentos o alimentos): _____
Medicamentos con receta: _____
Fecha de la última vacuna/refuerzo contra el tétanos: _____

Atención médica y seguro del niño

Médico/Pediatra: _____ **Teléfono:** _____
Dentist/Orthodontist: _____ **Teléfono::** _____
Centro médico preferido: _____
Compañía de seguros: _____
Número de póliza/grupo: _____
Titular de la póliza: _____

Información del padre/madre o tutor

Nombre del padre/madre o tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Se adjunta copia del documento del padre/madre o tutor: Pasaporte Licencia de conducir

Información del contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Información del contacto de emergencia alternativo

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

FIRMAS DE TESTIGOS

Por la presente reconozco que el anterior Consentimiento de Viaje del Menor fue firmado por _____ [padre(s)/tutor(es) legal(es)] en mi presencia.

Firma del testigo

Fecha

Firma del testigo

Fecha

