

CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nac.: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Cod.Postal: _____

Padre / Tutor: _____ Teléfono: (_____) _____

Número de Teléfono Alternativo: (_____) _____ Tel.Celular Localizador

Parroquia: _____ Grado: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

¡Importante! Debe ser completada por un Padre / Tutor para menores de 18 años de edad. Si el participante es mayor de 18 años, el consentimiento debe ser firmado por el individuo.

Yo (nombre del padre / tutor) _____, autorizo a mi hijo (a) (nombre del participante) _____, para que participe en (evento) _____, que se llevará cabo (fecha) _____, (hora) _____, y (lugar) _____.

Estoy de acuerdo en nombre de mí mismo, el padre / madre de mi hijo/a (nombre del padre / madre) _____ . Mi hijo ya nombrado, o sus herederos, sucesores, y asigno, libre de daños y defendiendo a la Diócesis de Little Rock, la parroquia (su párroco, Ministro juvenil, otros agentes, etc.) o cualquier representante asociado con la actividad programada al menos de que las personas involucradas no tuvieran cuidado o fueran negligentes.

Firma (Padre / Tutor)

Fecha

Firma (Participante 18 años de edad o mayor debe firmar su propio Consentimiento.)

Fecha

CONSENTIMIENTO MÉDICO

Cuestiones Médicas

Por este medio garantizo en lo mejor de mi capacidad, que mi hijo (a) está en buenas condiciones de salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo (a). En los siguientes reportes perteneciendo a cuestiones médicas, firme solamente aquellos que vayan de acuerdo con sus deseos:

Tratamiento Médico de Emergencia

En caso de una emergencia, por este medio doy permiso para que transporten a mi hijo (a) a un hospital para recibir tratamiento médico o cirugía en caso de emergencia. Deseo que me avisen previamente en caso de tratamiento adicional por el hospital o el doctor.

En caso de emergencia que no puedan comunicarse conmigo, comuníquense con:

Nombre y Parentesco: _____ Teléfono: _____

Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____

Medicamentos

Mi hijo(a) traerá todos sus medicamentos, claramente descritos, que sean necesarios. Nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para ver que el joven tome sus medicamentos, incluyendo dosis y frecuencia son las siguientes

Mi hijo (a) está tomando el siguiente medicamento

Medicamento (s): _____ Dosis: _____

Administrador: _____

_____ Por este medio **No permito** medicamento de cualquier tipo, sin importar que tenga o no tenga receta médica, por mi hijo (a) al menos que amenace con su vida y tratamiento de emergencia sea requerido. (Por favor ponga las iniciales)

_____ Por este medio **Doy permiso** para que medicamentos sin receta médica (como Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) puedan darse a mi hijo (a) si es necesario. Entiendo que no se le dará Aspirina a mi hijo / hija. (Por favor ponga las iniciales)

Información de Condiciones Médicas

(El personal Diocesano tomará cuidado razonable para ver que la siguiente información sea manejada confidencialmente.)

Mi hijo / hija:

¿Ha tenido episodios de lo siguiente o ha sido diagnosticado (a)? Ataques Asma Diabetes

¿Ha tenido reacciones de alergia a lo siguiente (comidas, tintes, látex etc.)? _____

¿Ha tenido cualquier cirugía médica en los últimos seis meses?

Sí No ¿Esta todavía bajo cuidado médico? Sí No

¿Esta bajo una dieta médica? _____

¿Tiene las siguientes limitaciones físicas? _____

¿Están a la fecha las vacunas? Sí No Fecha de la última vacuna contra el tétano / difteria _____

También debe tomar en cuenta estas condiciones médicas especiales de mi hijo (a): _____

Información de Seguro

(Por favor adjunte una copia de su Tarjeta de Seguro, frente y reverso, con esta forma)

Portador de Seguro: _____

Nombre del Asegurado: _____

Número de Identificación del Seguro: _____ Número de _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nac.: _____

Lugar de Empleo: _____

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nac.: _____

Lugar de Empleo: _____

No, yo no tengo seguro médico en estos momentos.

En caso de que los chaperones asociados con la actividad se den cuenta que mi hijo (a) se enferme con síntomas repetidos como dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me avisen inmediatamente. Si esta será una llamada de larga distancia, quiero que me llamen por cobrar (con los cargos de teléfono hacia mí)

Entiendo completamente la afirmación siguiente y firmo este Consentimiento de Renuncia Médica del Padre / Tutor sabiendo, libremente, y voluntariamente.

Firma (Padre / Tutor) Un Padre / Tutor debe firmar por cualquier menor de 18 años.

Fecha: _____

Firma (Participante de 18 años de edad o mayor deberá firmar su propio Consentimiento)

Fecha: _____