

CONSENTIMIENTO DEL PADRE I TUTOR, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO MEDICO

Nombre del Participante : _____ Fecha de nacimiento : _____

Domicilio : _____

Ciudad : _____ Estado : _____ C.P. : _____

Papa/mama/tutor legal : _____ Telefono #: _____

Nfunero de Telefono Altemativo #: _____

Parroquia : _____ Grado : _____ Edad : _____ Genero: M / F

talla playera: YL YXL AS AM AL AXL Otro: _____

CONSENTIMIENTO Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD

Importante!El padre/tutor debe completar esta form

Yo (nombre del papa/mama/tutor legal) _____ autorizo
ami hijo/a (nombre del participante) - _____ para que participe

6^{to}-8^{vo} Grado Lock In Decanato

El viernes 9 de Marzo a las 7pm hasta

El sabado 10 de Marzo a las 5pm

Iglesia Católica San Rafael

1386 S. West End St.

Springdale, AR 72764

Dispenso ala Diocesis de Little Rock, a la parroquia (su parroco, ministro juvenil, u otros coordinadores, etc.) o a cualquier representante relacionado con la actividad programada, de toda responsabilidad por cualquier dafio que le pudiese ocurrir a mi hijo/a, a menos de que las personas a cargo del evento no tuviesen cuidado o fueran negligentes.

Firma (papa / mama / tutor legal) _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO MEDICO

Cuestiones Medicas - Por este medio garantizo que mi hijo/a esta en buenas condiciones de salud, y asumo toda la responsabilidad por su salud. En las declaraciones o preguntas a continuaci3n con respecto a cuestiones medicas, complete solamente aquellas con las que usted este conforme.

Tratamiento medico en caso de una emergencia - Por este medio doy permiso para que transporten ami hijo/a a un hospital para recibir tratamiento medico 6 para que lo operen en caso de una emergencia.

Deseo que me avisen en caso de que el hospital o el medico requieran cualquier tratamiento adicional para mi hijo/a. En caso de una emergencia y que no puedan comunicarse conmigo, por favor comuniquense con:

Nombre yparentesco: _____ Telefono: _____

Medico de la familia: _____ Telefono: _____

Medicamentos - Mi hijo/a traera todos sus medicamentos, claramente descritos, que sean necesarios. Los nombres de los medicamentos e indicaciones, incluyendo dosis y frecuencia, para asegurarse de que mi hijo/a tome sus medicamentos son los siguientes:

Mi hijo/a esta tomando el siguiente medicamento: Nombre del medicamento (s): _____
Dosis:: _____ Administrador: _____

____ Por este medio **NO PERMITO** que se le administren medicamentos ami hijo/a, sin importar que tenga o no receta medica, al menos que ponga en riesgo su vida y se requiera tratamiento de emergencia. (Por favor escriba sus iniciales).

____ Por este medio **DOY PERMISO** para que se le administren medicamentos sin receta medica ami hijo/a (Tylenol, pastillas para el dolor de garganta, jarabe para la tos) si fuese necesario. Entiendo que no se le administrara aspirina ami hijo/a. (Por favor escriba sus iniciales).

Informaci3n sobre condiciones medicas

(El personal diocesano tomani el debido cuidado para asegurarse de que la siguiente informacion sea manejada confidencialmente).

Ha tenido su hijo/a episodios o ha sido diagnosticado con lo siguiente?: __Ataques __Asma __Diabetes

Ha tenido su hijo/a reacciones alergicas a lo siguiente (comidas, tintes, latex etc.)? _____

Ha tenido su hijo/a cualquier cirugia medica en los ultimos seis meses? __Si __No

Esta su hijo/a aUn bajo cuidado medico? __Si __No

Esta su hijo/a bajo una dieta medica? _____

Tiene su hijo/a alguna limitaci3n fisica? _____

Estan al dia sus vacunas? __Si __No Fecha de la ultima vacuna contra el tetano / difteria _____

Hay cualquier otra cuesti3n medica que debamos tomar en cuenta? _____

Informaci3n de seguro medico - (Por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro medico, frente y reverso, a esta forma)

Nombre del asegurado: _____ Numero de identificaci3n del seguro: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de empleo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de empleo: _____

No, yo no tengo seguro medico en estos momentos.

En caso de que los coordinadores del evento se den cuenta de que mi hijo/a se enferme con sintomas frecuentes como dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me avisen inmediatamente.

Entiendo completamente la informacion de este Consentimiento de Medico y doy fe de que la informacion proporcionada es correcta.

Firma (papa/mama/tutor legal) _____ Fecha: _____