

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES/RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Nombre de participante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre de padres/tutores: _____

Dirección particular: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono comercial: _____

Yo, _____ doy permiso para que mi hijo/a, _____

Nombre de padre o tutor

Nombre de hijo

participe en este evento de la parroquia/escuela que requiere el transporte a un lugar alejado del sitio de la parroquia. Esta actividad se llevará a cabo bajo la orientación y dirección de los empleados y voluntarios de _____.

Nombre de parroquia

Sigue una breve descripción de la actividad:

Tipo del evento: _____

Fecha del evento: _____

Destino del evento: _____

Individuo responsable: _____

Hora estimada de llegada y de regreso: _____

Medios de transporte al y del evento: _____

Como un padre y/o tutor legal, continuo a ser responsable legalmente para las acciones personales realizadas por el menor antes mencionado ("participante").

Estoy de acuerdo en nombre de yo mismo, mi hijo antes mencionado, y nuestros herederos, sucesores, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender _____,

Nombre de Parroquia

sus funcionarios, directivos, empleados y agentes, empleados, y el Archi/Diócesis de _____, sus empleados y agentes, acompañantes, o representantes que están vinculados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con mi hijo asiste al evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo a compensar la parroquia, sus funcionarios, directivos y agentes, y el Archi/Diócesis de _____, sus empleados y agentes, o representantes que están vinculados con el evento para los honorarios razonables de abogado y gastos en que pueda incurrir en cualquier acción traje contra ellos como resultado de tales lesiones o daño, a menos que tal reclamación resulte de la negligencia de la parroquia/diócesis.

Firma: _____ Fecha: _____

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente, garantiza que a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo se encuentra en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. (De las siguientes declaraciones relacionadas con los asuntos médicos, firme sólo las que son aplicables.)

Tratamiento médico de emergencia: En el caso de una emergencia, por la presente doy permiso a transportar mi hijo a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o tratamiento quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico. En el caso de una emergencia, si Ud. no puede ponerse en contacto conmigo en los números antedichos, póngase en contacto con:

Nombre y relación: _____
Teléfono: _____ Médico familiar: _____ Teléfono: _____
Compañía de plan de salud familiar: _____ # de Póliza: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Otro tratamiento médico: En el caso de que llega a la atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos y agentes, y el Archi/Diócesis de _____, acompañantes, o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo se pone malo con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de la garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame por llamada por cobra (por cobrar yo mismo).

Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos: Mi hijo está tomando el medicamento en este momento. Mi hijo traerá todos los medicamentos necesarios, y tales medicamentos deberán llevar una etiqueta que indique claramente su contenido. Nombres de los medicamentos y direcciones concisas para asegurar que el niño toma tales medicamentos, incluyendo la dosis y frecuencia de la dosis, son los siguientes: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Ningún medicamento de cualquier tipo, receta o sin receta, puede ser administrado a mi hijo a menos que la situación sea peligrosa para la vida y se requiera el tratamiento de emergencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Por la presente, doy permiso para los medicamentos sin receta (como los productos que no contienen aspirina, por ejemplo paracetamol o ibuprofeno, pastilla para la garganta, y jarabe para la tos) deben darse a mi hijo, si considera apropiado.

Firma: _____ Fecha: _____

Información médica específica: La parroquia tendrá un cuidado razonable para ver que la siguiente información será mantenida en confianza.

Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.): _____

Inmunizaciones: Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: _____

¿Tiene el hijo una dieta médicamente recetada? _____

¿Hay limitaciones físicas? _____

¿Tiene el hijo la nostalgia crónica, las reacciones emocionales a situaciones nuevas, el sonambulismo, la enuresis nocturna, o los desmayos? _____

¿Ha estado expuesto recientemente el niño a la enfermedad contagiosa o condiciones, como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición: _____

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas del mí hijo: _____

RENUNCIA ADULTA DE RESPONSABILIDAD

Cada participante adulto, incluyendo los líderes y representantes del grupo, tiene que firmar esta forma:

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD/INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____, estoy de acuerdo en nombre de yo mismo, mis
herederos, cesionarios, albaceas, y representantes personales, a defender y eximir de
responsabilidades de la _____, _____,

Parroquia/Escuela (Archi)Diócesis
sus funcionarios, directivos, agentes, empleados, o representantes de alguna y toda
responsabilidad para enfermedades, heridas, o muerte que resultan de o en conexión a mi
participación con el viaje.

En el caso de que yo requiera atención médica y yo no soy capaz de comunicar mis deseos a los
médicos que asisten u otro personal médico, doy permiso para el tratamiento médico necesario
para ser administrado. Por favor informe a los médicos que tengo los siguientes alérgicos:

En caso de emergencia y el permiso para el tratamiento de más de los procedimientos de
emergencia, póngase en contacto con:

Nombre: _____
Relación a mí: _____
Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____
Compañía de Seguro de Enfermedad: _____
Número de Identificación de Seguro: _____
Número de Póliza de Seguro: _____

Firma

Fecha

Escriba Nombre