



DIÓCESIS CATÓLICA
DE
KALAMAZOO

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN GENERAL Y MÉDICA PARA ADULTOS

Motivo por el que se pretende esta versión: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

En consideración a que se me permita participar en _____, por la presente acepto liberar a _____ Parish, a la Diócesis Católica Romana de Kalamazoo y a todas y cada una de las organizaciones afiliadas, sus empleados, agentes, representantes y voluntarios, incluidos los conductores voluntarios (colectivamente "Exonerados"), de todos y cada uno de los reclamos, incluida la negligencia, que puedan ser afirmados por mí que surjan de o estén relacionados con mi participación en esta reunión diocesana de jóvenes. En el caso de que esta exención en mi nombre se considere inválida o inaplicable, por la presente acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a los Exonerados de todos y cada uno de los reclamos, incluida la negligencia, que pueda hacer valer por mí que surjan o estén relacionados con mi participación en este evento. Esta exención o indemnización no se aplica a las reclamaciones por mala conducta intencional o negligencia grave; ni esta exención o indemnización se aplica a la medida de la cobertura del seguro comercial para cualquier reclamo; pero esta Liberación o Indemnización se aplicará en la medida de cualquier autoseguro o deducible aplicable a cualquier reclamo.

Por la presente autorizo el tratamiento por parte de un médico calificado y con licencia de cualquier condición que, en opinión del médico, se considere necesaria y apropiada. Entiendo que se harán intentos razonables lo antes posible para comunicarme con una de mis personas de contacto de emergencia a los números de teléfono que figuran en relación con cualquier accidente o atención médica de emergencia. Entiendo que conservo toda la responsabilidad por los costos asociados con mi atención médica.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado Código Postal: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Enumere alergias, medicamentos, contactos u otros comentarios pertinentes (adjunte una segunda hoja si es necesario): _____

Médico de familia: _____ Teléfono del médico: _____

Dirección del médico: _____ Ciudad: _____

Información de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Si la persona mencionada anteriormente no está disponible, alterne la persona de contacto de emergencia y el número de teléfono:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Datos del seguro médico:

Compañía: _____ Política #: _____

Grupo #: _____ Contrato #: _____

Este formulario de autorización se completa y firma por mi propia voluntad con el único propósito de autorizar el tratamiento médico que el médico tratante considere necesario y apropiado. Al celebrar y/o firmar este documento, el firmante o los firmantes se comprometen a realizar sus transacciones por medios electrónicos. El firmante acepta que permitir transacciones por medios electrónicos facilitará estas transacciones. El firmante tiene la opción de optar por firmar las cosas en formato papel. **Entiendo y acepto completamente los términos anteriores y firmo este formulario a sabiendas, de buena gana y libremente.**

Nombre del participante _____

Firma del participante _____ Fecha _____

Devuelva este formulario completo al líder de su grupo parroquial.

OFICINA DE MISIÓN Y MINISTERIO. |. 215 N. WESTNEDGE AVE. |. KALAMAZOO, MI. 49007