

DIOCESIS DE EL CAMINO REAL

AUTORIZACION DE LOS PADRES/GUARDIAN(ES)

Este documento deberá en todo momento permanecer con el adulto autorizante

Yo autorizo que (nombre del niño/a), _____, participe en _____ durante la(s) fecha(s) indicada(s) _____ y reconozco que el niño/a es apto a participar en esta actividad bajo la(s) siguiente(s) excepción(es): [] ninguna o mencione las excepciones: _____.

En caso de emergencia médica, doy mi consentimiento para que un médico provea a este niño/a el cuidado clínico o quirúrgico si el caso lo requiriese. Es de entendimiento mutuo que se hará todo esfuerzo de notificarme antes de realizar cualquier acción médica o quirúrgica.

Yo, el padre(es)/Guardián de _____, menor de edad, por la siguiente autoriza a la(s) siguiente(s) persona(s) _____ como representante(s) del firmante para que consientan la realización de exámenes de rayos-x, aplicación de anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, o cualquier cuidado clínico u hospitalario que haya sido adecuadamente aconsejado y habrá de ser provisto bajo la supervisión general o especial de un médico acreditado y/o cirujano. Entiendo(emos) que la autorización está siendo provista con anticipación a cualquier diagnóstico, tratamiento o cuidado clínico específico que pudiese ser requerido; pero es dado para proveer de autoridad y potestad a favor de nuestro(s) agente(s) aquí mencionado(s) para permitir intervención médica, diagnóstico, tratamiento o cuidado hospitalario conforme el así ya mencionado médico, en el ejercicio de su mejor juicio, pueda considerar recomendable.

El niño/a es alérgico a los siguientes alimentos y/o medicamentos: _____.

y/o toma los siguientes medicamentos de manera regular: _____.

Instrucciones para la Medicación: _____.

(Padre(s)/Guardián 1) Teléfonos de Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____.

(Padre(s)/Guardián 1) Teléfonos de Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____.

SS# del niño/a _____.

Por favor note que la provisión del número de Seguro Social es opcional, pero puede ser de gran utilidad en caso de hospitalización.

Seguro de Salud: _____ Numero de Póliza: _____.

Persona contacto en caso de que yo/nosotros no este(mos) disponible(s):

Nombre: _____ Teléfono: _____.

Yo/nosotros acuerdo(amos) informar a la Diócesis de cualquier cambio en la información provista y este permiso es válido hasta que sea revocado por escrito. Yo/nosotros deslindamos a la Diócesis de cualquier acción legal, por negligencia o cualquier otro caso, sea por daños o pérdida sufrida por el niño/a arriba mencionadodurante esta actividad.

Firmas personales y en nombre del niño arriba mencionado:

Padre 1 (o Guardián marque []) AND _____
Padre 2

Nombre Impreso

Nombre Impreso

Fecha

Fecha

Testigo

Testigo

Nombre impreso

Nombre Impreso