



Forma Legal y oficial de la Diócesis de Salina

FORMA C FORMULARIO de CONSENTIMIENTO MÉDICO DE PADRE o TUTOR Y REUNCIA de RESPONSABILIDAD

Este formulario debe usarse para cualquier parroquia, escuela católica, ministerio juvenil o excursiones diocesanas.

Fecha: _____

Diócesis: Salina Parroquia: _____ Escuela: _____

Destinación: _____

Nombre de Participante (menor) _____

Dirección: _____

Numero de cel.: _____ teléfono de casa _____ Numero de trabajo _____

ASSUNTOS MEDICOS:

La Parroquia / Escuela / Organización tomará todas las cuidados razonables y prudentes para velar por la confidencialidad de la siguiente información es mantenido.

Yo/nosotros garantizo garantizamos que, según a mi leal saber y entender, mi / nuestro hijo goza de buena salud y yo/nosotros asumimos toda la responsabilidad por la salud de mi/nuestro hijo. Yo/nosotros entendemos y reconocemos que cualquier gasto médico relacionado con una enfermedad o lesión a mi/nuestro hijo no está cubierto por un programa de seguro mantenido por la Parroquia/ Escuela/Organización o la Diócesis de Salina, y que yo/nosotros soy/somos responsable de tales gastos.

Yo/nosotros entendemos que los primeros auxilios estarán disponibles en el viaje mencionado. Yo/Nosotros también entendemos que en caso de un accidente, lesión o enfermedad, se obtendrá atención médica y/u hospitalaria. Yo/Nosotros nos damos cuenta de que los patrocinadores harán un esfuerzo razonable para notificarme/nosotros en caso de accidente, lesión o enfermedad; sin embargo, si no pueden comunicarse conmigo/nosotros, tienen mi/nuestro permiso para seguir un curso de acción médica que es en el mejor interés del niño.

Yo/nosotros entendemos que se hará un esfuerzo razonable para notificarme/nosotros de inmediato en caso de cualquier enfermedad grave o accidente y antes de cualquier cirugía mayor, excepto cuando la demora en dicha comunicación pusiera en peligro la vida. En caso de emergencia médica, en el caso de que no podamos localizarnos, yo/nosotros damos permiso al medio o proveedor de atención médica seleccionado por el personal adulto para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar cualquier inyección, anestesia o cirugía para dicho médico o atención médica proveedor considere necesaria para el niño.

Un médico, clínica, hospital o proveedor de atención médica puede proceder con cualquier procedimiento médico o quirúrgico tratamiento que dicho patrocinador pueda autorizar.

Además, entiendo que seré responsable de todos los costos médicos, quirúrgicos y de transporte en que pueda incurrir.

Firma: _____ Fecha _____

Padre o Guardian

Firma: _____ Fecha _____

Padre o Guardian

INFORMACION de SEGURO MEDICO:

Compania del Seguro _____ Numero de Póliza _____

Titular de la póliza _____ Fecha de Nacimiento _____ Ocupación _____

Empleado _____ Dirección _____

** Si es un Blue Cross/Blue Shield indique si es Blue Choice, Blue Select, etc.