

FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO (y Transporte)

Diócesis _____ Parroquia _____ Escuela _____

→ Nombres del Participante _____

Destino _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Yo/nosotros entiendo/entendemos que habrá servicios de primeros auxilios en el viaje mencionado arriba.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que, en caso de un accidente, lesión o enfermedad, se obtendrá asistencia médica y/u hospitalaria.

Yo/nosotros me/nos doy/damos cuenta que los encargados harán un esfuerzo razonable para notificarme/nos en caso de accidente, lesión o enfermedad: sin embargo, si no pueden contactarme/nos, tienen mi permiso para proveer la acción médica que sea la más apropiada para el mejor interés de mi hijo/a. Yo/nosotros doy/damos permiso para que las personas a cargo

→ de _____ y los que transportan a mi hijo/a administren los primeros auxilios que consideren convenientes según su juicio a (nombre), y para que hagn las referencias necesarias a médicos calificados o proveedores de servicios médicos, para el tratamiento de enfermedad o accidentes.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que en el caso de una enfermedad seria o de un accidente y antes de cualquier cirugía importante, se hará un esfuerzo razonable para informarme/informarnos lo más pronto posible, excepto en el caso en que la demora en la comunicación ponga en peligro la vida.

En el caso de una urgencia médica, si yo/nosotros no puedo/podemos ser contactado/s, doy/damos permiso al médico o al proveedor de servicios médicos seleccionado por el personal adulto, a hospitalizar, asegurar el tratamiento apropiado, y/o ordenar la administración de cualquier inyección, anestesia o cirugía que el dicho médico o proveedor de servicios médicos considere necesario para el niño.

Un médico, clínica, hospital o proveedor de servicios médicos puede proceder a cualquier tratamiento médico o quirúrgico que el tal cooperador autorice.

Entiendo también que seré responsable por todos los costos médicos, quirúrgicos y de transporte que puedan incurrirse.

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nº de póliza de la Compañía aseguradora _____

(Nombre del Padre) (Nº de Teléfono de Casa y Trabajo)

(Nombre de la Madre) (Nº de Teléfono de Casa y Trabajo)

Si no se puede contactar a ninguno de los padres, yo/nosotros doy/damos permiso para contactar a:

(Nombre del Amigo/a o Familiar) (Nº de Teléfono de Casa y Trabajo)

(Nombre de Doctor Médico de Familia) (Nº de Teléfono de Casa y Trabajo)

X _____ X _____

(Firma de Padre/Custodio Legal) Fecha (Firma de Padre/Custodio Legal) Fecha

Si hay restricciones/problemas médicas, por favor anótelas al lado reverso de esta hoja.

PERMISO PARA EL PARTICIPANTE A MANEJAR HACIA EL EVENTO EN UN AUTOMOVIL ALTERNNO, UNO O DOS PROVISTO POR VOLUNTARIOS ADULTOS PRINCIPE DE LA PAZ

(por ejemplo: Permiso a andar en el carro de su amigo, o camión o manejar su propio vehiculo y transporter a otros adolescentes)

→ _____ Padre/Guardian Firma _____ Fecha _____

PERMISO ALTERNO PERMITIDO SOLO SI MI ADOLESCENTE ESTA EN UN VEHICULO OPERADO POR UN VOLUNTARIO ADULTO

→ _____ Padre/Guardian Legal Firma _____ Fecha _____