

MEDICAL PERMISSION FORM

Diocese: Dodge City Parish: Prince of Peace School: Religious Education

FAMILY LAST Name: _____ Children Names: _____

Destination/Events: ALL PARISH ACTIVITIES

TO WHOM IT MAY CONCERN:

I/We understand that first aid will be available on the above trip. I/We further understand that should an accident, injury, or illness occur, medical and/or hospital care will be obtained.

I/We realize that the sponsors will make a reasonable effort to notify me/us in case of accident, injury, or illness; however, should they be unable to contact me/us, they have my permission to pursue a course of medical action which is in the best interest of the child.

I/We grant permission to the administration of first aid care to (name) by the people in charge of them and those transporting my child to and from as their judgment deems advisable and to make the necessary referrals to qualified physicians or health care providers for treatment of illness or accidents. I/We understand that a reasonable effort will be made to promptly notify me in the event of any serious illness or accident and prior to any major surgery, except when delay in such communication would endanger life. In case of medical emergency, in the event I/we cannot be reached, I/we hereby give permission to the physician or health care provider selected by the adult staff to hospitalize, secure proper treatment for, and order whatever injection, anesthesia, or surgery said physician or health care provider deems necessary for the child.

A doctor, clinic, hospital, or health care provider may proceed with a medical or surgical treatment that such sponsor may authorize.

I further understand that I will be responsible for all medical, surgical, and transportation costs which may be incurred.

INSURANCE INFORMATION:

Insurance Company Policy No.: _____

(Father)

(Home & Work Telephone #)

(Mother)

(Home & Work Telephone #)

If unable to contact either parent above, I/we grant permission to contact:

(Friend or Relative)

(Home & Work Telephone #)

(Family Physician)

(Physician's Telephone #)

Parent/Legal Guardian Signature Date

Parent/Legal Guardian Signature Date

List any medical restrictions/problems: _____

FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO

Diócesis: Dodge City Parroquia: Príncipe de la Paz Escuela: Educación Religiosa

Apellido de la Familia: _____ Nombre de los Niños: _____

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 cooperadores 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 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 hagan referir a los médicos calificados o proveedores de servicios médicos según sea necesario, para el tratamiento de la 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 producirse.

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

