

Nombre/Dirección de la Institución Diocesana Patrocinando el Programa/Actividad _____
DIÓCESIS CATÓLICA DE OWENSBORO, 600 Locust St., Owensboro, KY 42301

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA
E INFORMACIÓN DE SALUD PARA MENORES DE EDAD

(Uno de los padres/tutores legales debe llenar el formulario y es responsable de que la información esté actualizada. El formulario original se mantiene archivado en la parroquia/escuela; una copia debe estar disponible durante todos los eventos para pasar la noche o fuera del sitio.)

Nombre del participante menor de edad _____ Como prefiere ser llamado: _____

Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento ___/___/___ Escuela y grado: _____

Dirección _____ Teléfono _____

Padre ___ o Tutor legal ___ Nombre _____

Dirección del domicilio (calle, ciudad, código postal) _____

Teléfono de la casa _____ Tel. del Trabajo/Celular _____ Email _____

Medios de comunicación preferidos: Llamada telefónica ___ Texto ___ Email ___

Madre ___ o Tutor legal ___ Nombre _____

Dirección del domicilio (calle, ciudad, código postal) _____

Teléfono de la casa _____ Tel. del Trabajo/Celular _____ Email _____

Medios de comunicación preferidos: Llamada telefónica ___ Texto ___ Email ___

En caso de emergencia, favor de notificar a (Nombre/Número de teléfono): _____

Si no se puede contactar a esta persona, favor de notificar a (Nombre/Número de teléfono): _____

¿Uno de los padres tiene la custodia primaria o completa por orden judicial o decreto? NOMBRE _____

Nombre a cualquier persona que no tiene permitido recoger al niño. _____

HISTORIAL MÉDICO:

Nombre del doctor del menor de edad: _____

Cualquier condición médica preexistente o actual, discapacidades, incapacidades físicas o enfermedades serias:

Nombre de cualquiera **medicamento** e instrucciones concisas, incluyendo dosis y frecuencia: _____

Si mi hijo tiene dolor y si un adulto supervisor lo considera recomendable, doy permiso para que se administren los siguientes medicamentos sin receta:

Acetaminofeno Sí ___ No ___

Ibuprofeno Sí ___ No ___

¿Tiene alguna alergia (comida, látex, animales, etc.)? Sí ___ No ___

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, apunte los nombres y describa _____

¿El menor de edad carga epinefrina (EpiPen)? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, ¿dónde está ubicado? _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos _____ ¿Usa lentes de contacto? Sí ___ No ___

Cualquier restricción de natación: Sí ___ No ___ ¿Qué? _____

¿Alguna restricción de actividad? Sí ___ No ___ ¿Qué? _____

(ATRÁS)

Formulario A: Autorización Médica de Emergencia e Información de Salud para Menores de Edad (Rev. 2/2019)

Consentimiento para atención de emergencia

Yo/Nosotros, los padres/tutores legales abajo firmante(s) de _____ (nombre del menor de edad) por la presente solicitamos y damos permiso para la provisión del tratamiento médico necesario para el menor de edad nombrado arriba. Entiendo/entendemos que el personal de supervisión buscará de inmediato comunicarse con los contactos del menor de edad arriba nombrados en caso de una emergencia médica. Si ocurre alguna herida/incidente durante este evento que requiera transporte a un hospital o un médico, yo/nosotros damos permiso para que un representante de la parroquia/escuela/etc. asegure la atención médica necesaria. Además, autorizo/autorizamos a cualquier médico, dentista u hospital debidamente calificado a prestar la ayuda o el tratamiento que pueda ser necesario y entendemos que asumimos la responsabilidad del costo de dicho tratamiento.

Autorizo/autorizamos la divulgación de información médica pertinente al personal de supervisión.

*** Comprenda que, dependiendo de la gravedad de la situación, el menor de edad puede ser trasladado al hospital más cercano.**

Firma de uno de los padres/tutores legales: _____ Fecha: _____

Testigo de la firma (21 años o más): _____ Fecha: _____

Compañía de seguro de salud (que cubre al menor de edad nombrado arriba): _____

de la Póliza de seguro: _____ # del Grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Lugar de trabajo del titular de la póliza: _____

FORMULARIO DE PERMISO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

PROPÓSITO: Este Formulario de Permiso/Liberación de Responsabilidad tiene el propósito de cubrir todas las actividades patrocinadas por la diócesis, los decanatos, las parroquias y las escuelas católicas para cualquier persona menor de dieciocho (18) años. Las escuelas y/o programas católicos tienen el derecho de exigir que los padres/tutores legales den permiso a los estudiantes/participantes de dieciocho (18) años de edad o más.

Yo/Nosotros, los padres y/o tutores legales de _____ (nombre del menor de edad), por la presente solicitamos y damos permiso para que este menor de edad participe en todas y cada una de las actividades de la Diócesis Católica de Owensboro y _____ (nombre de la organización). Yo/Nosotros liberamos de responsabilidad a cualquier persona que transporte a mi/nuestro hijo hacia o desde las actividades. Yo/Nosotros entendemos la posibilidad de peligros imprevistos y conocemos la posibilidad inherente de riesgo. Teniendo en cuenta la edad del sujeto, creo/creemos que el sujeto de esta liberación es capaz física y mentalmente de tomar precauciones razonables para proteger su propia seguridad y tiene la madurez y el criterio para no ponerse a sí mismo o a otros en situaciones peligrosas.

Firma de uno de los padres/tutores legales _____ Fecha _____

Testigo adulto de la Firma _____ Fecha _____

Recibido por _____ Fecha _____

(Firma del DRE, CRE, Maestro/Personal escolar, Representante Juvenil, etc.)

NOTA AL PADRE/TUTOR LEGAL: Usted es responsable de la exactitud de toda la información en este formulario. Por favor notifique al líder apropiado de cualquier cambio (p. ej., cambios en la póliza de seguro, cambios en la condición médica o medicamentos, órdenes judiciales, etc.).