

Catholic Mutual...CARES

EVENTOS ATLÉTICOS Y DEPORTIVOS

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Nombre de participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre de padre/madre/tutor: _____

Dirección particular: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono de negocios: _____

Yo, _____, doy permiso a mi hijo, _____,
Nombre de padre/madre/tutor Nombre de hijo

para participar en la actividad parroquial que requiere el transporte a un lugar lejos del sitio de la parroquia. Esta actividad se llevará a cabo bajo la orientación y dirección de los empleados de la parroquia y/o voluntarios de _____. Sigue una descripción breve de la actividad:

Nombre de la parroquia

Tipo de evento: _____

Ubicación(es): _____

Individuo responsable: _____

Duración de actividad: _____

Medio de transporte al y del evento: _____

Como un padre y/o tutor legal, yo seguiré siendo legalmente responsable para cualesquiera acciones personales tomadas por el menor ("participante") antes mencionado.

Estoy de acuerdo en nombre de yo mismo, mi hijo de nombre, o nuestros herederos, sucesores, y cesionarios, mantener inofensivo y defender _____, sus oficiales, directivos y

Nombre de parroquia

agentes, y _____, entrenadores, acompañantes, o representantes asociados con

(Archi)Diócesis

el evento, que surjan de o en conexión con mi hijo que asiste el evento o en conexión con un enfermedad o una herida o gasto de tratamiento médico en relación con la misma, y estoy de acuerdo compensar la parroquia, sus oficiales, directivos y agentes, y _____,

(Archi)Diócesis

entrenadores, acompañantes, o representantes asociados con la actividad por honorarios y gastos del abogado que surjan en conexión con la misma.

Firma: _____ Fecha: _____

Asuntos médicos: Por la presente, garantizo que a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo está bien de salud, y asumo toda la responsabilidad para la salud de mi hijo. (De las declaraciones siguientes que pertenecen a los asuntos médicos, solamente firma esas que son aplicables.)

El tratamiento médico de emergencia: En el evento de una emergencia, por la presente doy permiso para transportar mi hijo a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o quirúrgico. Espero que el hospital o doctor me comunique antes del tratamiento adicional. En el evento de una emergencia, si no puede ponerse en contacto conmigo, comuníquese con:

Nombre y relación: _____ Teléfono: _____

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Compañía del plan familiar de salud: _____ Numero de póliza: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Otro tratamiento médico: En el evento que les han informado a la parroquia, sus oficiales, directivos y agentes, y _____, entrenadores, acompañantes, o representantes asociados con
(Archi)Diócesis

la actividad que mi hijo se pone malo con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame por llamada por cobra (por cobrar yo mismo).

Firma: _____ Fecha: _____

Mi hijo está tomando el medicamento en este momento. Mi hijo traerá todos los medicamentos necesarios, y tales medicamentos deberán llevar una etiqueta que indique claramente su contenido. Nombres de los medicamentos y direcciones concisas para asegurar que el niño toma tales medicamentos, incluyendo la dosis y frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Firma: _____ Fecha: _____

Ningún medicamento de cualquier tipo, receta o no receta, puede ser administrado a mi hijo a menos que la situación sea peligrosa para la vida y el tratamiento de emergencia se requiere.

Firma: _____ Fecha: _____

Por la presente, doy permiso para los medicamentos sin receta (como los productos que no contengan aspirina, por ejemplo paracetamol o ibuprofeno, pastilla para la garganta, y jarabe para la tos) deben darse a mi hijo, si considera apropiado.

Firma: _____ Fecha: _____

Información médica específica: La parroquia tendrá un cuidado razonable para ver que la siguiente información será mantenida en confianza.

Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.): _____

Inmunizaciones: Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: _____

¿Tiene el hijo una dieta médicamente recetada? _____

¿Hay limitaciones físicas? _____

¿Ha estado expuesto recientemente el niño a la enfermedad contagiosa o condiciones, como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, la fecha y la enfermedad o condición:

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas del mi hijo:
