

**Autorización, consentimiento y cesión de derechos para personas adultas**

(Por favor use letra imprenta)

Nombre y apellido del adulto \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo Femenino/Masculino: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono y relación de la persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la actividad/viaje:

**INFORMACIÓN MÉDICA:** ¿Tiene usted alguna condición médica especial (ejemplo: diabetes, epilepsia, problemas cardíacos, etc.) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Sí su respuesta es afirmativa, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estoy tomando las siguientes medicinas:

<b><u>Nombre de la medicina</u></b>	<b><u>Dosis</u></b>	<b><u>Frecuencia</u></b>
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

¿Sufre usted de algún tipo de alergia? (Ejemplo: a picadas de insectos, fiebre de heno, a las fresas, a los cacahuates; etc.) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si la respuesta es afirmativa, por favor, explique (agregue las hojas que sean necesarias): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted algún tipo de reacción alérgica a algún medicamento? (Por ejemplo: a la penicilina, ibuprofen, acetaminofén, etc. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si la respuesta es afirmativa, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias \_\_\_\_\_

Tiene usted alguna incapacidad física o limitaciones de desarrollo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Sí la respuesta es afirmativa, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha en la que usted recibió la última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Médico del participante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_

**PERMISO Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO:** Garantizo que hasta donde llegan mis conocimientos, tengo y gozo de buena salud y estoy capacitado(a) físicamente para participar en viajes, paseos o excursiones locales o cualquier otra actividad de la escuela o parroquia de la Arquidiócesis de Oklahoma City. Por lo tanto, asumo y acepto toda responsabilidad por mi estado de salud y condición física, así como mi capacidad para participar en esas actividades. En caso de que yo requiera tratamiento médico, autorizo a que yo sea trasladado a un hospital o entidad médica para una evaluación y cuidados de emergencia, incluyendo rayos X y sí el caso lo ameritase doy permiso para una intervención quirúrgica de emergencia. Autorizo al médico o al centro médico para dar tratamiento de emergencia. Por lo tanto, acepto toda la responsabilidad de pagar cualquier cuenta derivada del tratamiento médico de emergencia.

**ARTÍCULOS PERDIDOS O ROBADOS:** Entiendo y estoy de acuerdo que ni la Arquidiócesis de Oklahoma City y/o parroquia/escuela católica de \_\_\_\_\_, ni ninguno de sus respectivos empleados, directores, agentes, representantes o voluntarios son responsables por la pérdida o robo de alguna propiedad pertenecientes a mi persona, durante mi participación.

**HE LEIDO Y COMPRENDO ESTE CONSENTIMIENTO Y FORMA DE CESIÓN DE DERECHOS Y LO FIRMO COMPLETAMENTE BAJO MI PROPIA VOLUNTAD.**

FIRMA

Nombre y apellido (Por favor use letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_