

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: _____ N° de teléfono de trabajo: (____) _____

Teléfono del domicilio: (____) _____ Celular: (____) _____

N° telefónico 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 los siguientes medicamentos:

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
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 Sí 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 Sí 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: _____

Nombre del médico del participante: _____ Teléfono: (____) _____

Compañía aseguradora: _____

de grupo: _____ # de 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.

Nombre y apellido (Por favor use letra imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____