

MEDICAL TREATMENT RELEASE FORM

To Whom It May Concern:

As a parent/guardian, I do hereby authorize the treatment by a qualified and licensed physician of any condition that, in the opinion of the physician, is deemed necessary and appropriate. This authority is granted only after a reasonable effort has been made to reach me.

PLEASE PRINT

Name of Minor: _____ Relationship to you: _____

Reason for which release is intended: *emergency treatment during St. Joseph Religious Education Classes*

Address of Minor: _____ City: _____

Emergency Phone Number(s): _____

Family Physician: _____ Phone: _____

Physician Address: _____ City: _____

List allergies, medication, contacts, or other pertinent comments:

Health Insurance Data:

Company Name: _____ Policy: _____

Group: _____ Contract: _____

I further authorize the person who presents the minor to sign the Acknowledgement of Receipt of Notice Privacy Rights that may be presented by the physician or health care facility.

This authorization is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment deemed necessary and appropriate by the treating physician.

Date: _____ Signed: _____

(Parent or Guardian)

EMERGENCIA MÉDICA FORMA DE AUTORIZACIÓN

A quien pueda interesar:

Como padre / tutor, por la presente autorizo el tratamiento de un médico calificado y con licencia de cualquier condición que, en opinión del médico, se considera necesario y apropiado. Esta autorización sólo se concede después de un esfuerzo razonable se ha hecho llegar a mí.

POR FAVOR escribir con letras de imprenta

Nombre del menor: _____ Relación: _____

Razón por la cual se pretende la liberación: el tratamiento de emergencia en San José Clases de Educación Religiosa

Dirección del Menor: Ciudad _____ : _____

Teléfono de Emergencia (s): _____

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico: _____ Ciudad: _____

Las alergias, medicamentos, contactos u otros comentarios pertinentes:

Datos de Salud de Seguros:

Nombre de la empresa: _____ Política: _____

Grupo: _____ contrato: _____

Asimismo, autorizo a la persona que presenta los menores a firmar el acuse de recibo de los Derechos de Confidencialidad que se puedan presentar por el médico o centro de salud.

Esta autorización se ha completado y firmado de mi propia voluntad con el único propósito de autorizar el tratamiento médico necesario y apropiado por el médico tratante.

Fecha: _____ Firma: _____
(Padre o tutor)