

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES
Y FORMA MEDICA

DIOCESIS DE KNOXVILLE
PASTORAL JUVENIL

Evento: _____

Fecha del evento: _____

Nombre del participante: _____ SEXO: _____

Dirección:

_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____

Postal: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Escuela: _____ Grade _____

Yo, _____ le doy permiso a mi hijo (a) de participar en
(Nombre del padre o tutor)

(Nombre, del evento, lugar, fecha)

ASPECTOS MEDICOS

Yo garantizo, por lo mejor de mi conocimiento, que mi hijo (a) se encuentra en buena salud..

Yo asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo (a).

De acuerdo a las siguientes aseveraciones relacionadas con cuestiones médicas firme aquellas con las que está de acuerdo:

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia médica, doy permiso de transportar a ,mi hijo (a) al hospital mas cercano para su tratamiento médico y/o quirúrgico.

Deseo ser avisado previamente antes de cualquier tratamiento medico por el hospital o el médico.I

En caso de una emergencia, si no puedo ser localizado en el número telefónico proporcionado en la parte superior de esta forma o en mi trabajo favor de contactar a la siguiente persona:

Teléfono del trabajo: _____

Persona a contactar en una emergencia si yo no puedo ser localizado:

Nombre: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguro médico: _____

Número de póliza: _____

Nombre del padre o tutor *Firma* Fecha

OTROS TRATAMIENTOS MEDICOS

Alergias a comida: _____ o medicamentos: _____
Especifique cuales: _____

En caso de que mi hijo (a) presente los siguientes síntomas: dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, gripa, fiebre, diarrea, y los representantes de la Diócesis, chaperones u otro personal asociado con este evento necesiten contactarme para informarme los cargos de la llamada por cobrar serán responsabilidad mía.

Nombre del padre o tutor *Firma* Fecha

Actualmente mi hijo toma medicamento. Mi hijo llevará todos los medicamentos necesarios y todos ellos estarán etiquetados con los nombres del medicamento e indicaciones para que el medicamento sea administrado según la dosis y frecuencia especificados por el médico.

| Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia |
|------------------------|-------|------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Nombre del padre o tutor *Firma* Fecha

No se le deberá de administrar ningún tipo de medicamento a mi hijo (a) a menos que sea una situación de vida o muerte.

Print Name *Signature* Date

Otorgo permiso al personal de la Diócesis y/o chaperones, administratr medicamentos que no requieren receta médica como Tylenol, jarabes para la gripa, tos, pastillas para el dolor de garganta.

Print Name

Signature

Date

INFORMACION MEDICA ESPECIFICA

La Diócesis de Knoxville tomará cuidados específicos para que la información aquí proporcionada se mantega en confidencialidad.

Vacunas: Fecha de la última aplicación de la vacuna contra el tétanos/difteria (D.P.T. / D.T)

¿Tiene su hijo alguna dieta especial dictada por un médico? _____

¿Tiene su hijo alguna limitación física? _____

¿Es su hijo susceptible a reacciones emocionales por dormir fuera de casa o al enfrentarse a situaciones no familiares para él (ella) ? Por ejemplo: sonambulismo, mojar la cama, desmayos, dolores de cabeza severos (migrañas) , otro (especifique).

¿Ha estado su hijo ultimamente expuesto a enfermedades contagiosas como sarampión, rubéola, varicela, hepatis, etc? De ser así mencione la enfermedad y la fecha:

El personal de la Diócesis de Knoxville deberá estar enterado y al pendiente de la (s) siguiente (s) condiciones o situaciones médicas de mi hijo:

Indicaciones específicas en cuanto a la dieta:
