

Consentimiento medico y permiso para ser tratado

Por la presente, garantizo que en base a mi conocimiento, mi hijo(a) se encuentra en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a).

De las siguientes declaraciones relacionadas con los asuntos médicos, firmo sólo las que son aplicables.

Información del seguro:

Compañía de plan de salud familiar: _____ # de Póliza: _____

Tratamiento médico de emergencia: En el caso de una emergencia, por la presente doy permiso a transportar a mi hijo(a) a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o tratamiento quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico.

***Firma del padre/tutor:** _____ **Fecha:** _____

En el caso de una emergencia, *si Ud. no puede ponerse en contacto conmigo*, póngase en contacto con:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: (____) _____ Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor medico: ___ Si ___ No

Médico familiar: _____ Teléfono de médico: (____) _____

Otro tratamiento médico: En el caso de que llegue a atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos y agentes, y de *Parish Visitors of Mary Immaculate*, acompañantes, o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo(a) se pone malo con síntomas como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame por llamada a cobrar (por cobrar yo mismo).

***Firma del padre/tutor:** _____ **Fecha:** _____

Medicamentos: Mi hijo(a) está tomando medicamentos en este momento. Mi hijo(a) 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 del padre/tutor:** _____ **Fecha:** _____

Doy permiso para que mi hijo se autoadministre medicamentos de venta libre, como Tylenol, Benadryl, Ibuprofen durante su participación en este evento. * _____ **iniciales del padre / tutor.**

Información médica específica: Nosotras asegura de tomar las medidas necesarias para que toda esta información sea mantenida confidencial. Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.):

Vacunas: Fecha de la última vacuna contra el tétanos/difteria: _____

¿Tiene el niño una dieta prescrita por un médico? _____

¿Alguna limitación física? _____

¿Ha estado el niño recientemente expuesto a enfermedades o afecciones contagiosas, como paperas, sarampión, varicela, etc.? Si es así, indique la fecha y la enfermedad o condición: _____

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas de mí hijo(a):

