

Diócesis de Dallas Cesión de Responsabilidad y Forma para Consentimiento de Tratamiento Medico

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardián/conservador: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la parroquia y ciudad: \_\_\_\_\_ Año de graduación: 07 08 09 10 ADULTO

E-mail: \_\_\_\_\_ Talla de Camiseta CH M G XG 2XG 3XG

**ADULTOS SOLAMENTE – Esta Sección - ADULTOS SOLAMENTE**

**Consentimiento de tratamiento medico**

En mi nombre, el de mis herederos y sucesores, acepto no hacer responsable a la Diócesis de Dallas, los programas del Ministerio Juvenil, sus , directores, y agentes cualquier reclamo de responsabilidad por enfermedades, daño, o muerte que surja como consecuencia de mi participación o conexión en la programa del \_\_\_\_\_. Yo entiendo que esta programa se llevaran a cabo bajo la dirección de los empleados y/o voluntarios del Diócesis de Dallas.

En el evento en que se lleve acabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se esta de acuerdo de que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo de corte razonable, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

En caso de que yo requiera atención médicas y yo no pueda comunicar mis deseos a los doctores que me atiendan o a otros profesionales médicos, yo doy permiso de que se administren tratamientos de emergencia que sean necesarios. Favor de avisar a los doctores que soy alérgico a:

En caso de emergencia y para pedir permiso para tratamiento adicional de emergencia, favor de con:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_ Teléfono durante la noche: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Numero de identificación de seguro: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

**JOVENES PARTICIPANTES** El resto de este formulario será para: **JOVENES PARTICIPANTES**

**Padre/guardián/conservador permiso y liberación de responsabilidad**

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a mi hijo/hija, \_\_\_\_\_ para

*Nombre de Padre/ Guardián/ Conservador* \_\_\_\_\_ *Nombre del Participante* \_\_\_\_\_

que participe en la \_\_\_\_\_. Yo entiendo que esta programa se llevaran a cabo bajo la dirección de los empleados y/o voluntarios del Diócesis de Dallas.

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservador legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a) nombrada arriba. Por mi parte y por parte de mi hijo(a) aquí nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto no hacer responsable a la Diócesis de Dallas y sus empleados y/o voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante la \_\_\_\_\_ y las fechas nombradas arriba.

En el evento en que se lleve acabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se esta de acuerdo de que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo de corte razonable, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si no es posible conseguirme, favor de llamar: \_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

**Favor de entregar una fotocopia del seguro de su hijo(a), o puede llenar la información que se pide abajo.**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Numero de identificación de seguro: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

En mi mejor conocimiento, mi hijo(a) \_\_\_\_\_, esta en buena salud, y tomo toda responsabilidad por la salud de mi hijo(a). En una emergencia medica, yo doy permiso de que mi hijo(a) sea llevado a una hospital de emergencia medica para tratamiento medico o sirugico. Yo prefiero ser avisado por el hospital o el doctor sobre tratamientos adicionales.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián/conservador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Lea completamente y firme solamente las declaraciones en las secciones 1, 2, 3, y 4 que sean ciertas y estén de acuerdo con sus deseos.**

**Medicamentos:**

1. Mi hijo(a) no toma ningún medicamento y no traerá con él/ella ningún medicamento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián/conservador

\_\_\_\_\_  
Fecha

2. Mi hijo(a) toma medicamentos y puede administrar el medicamento por si mismo. Mi hijo(a) traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a mi hijo(a) entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo de que será la responsabilidad de mi hijo(a) presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia/horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que mi hijo(a) le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo(a) regresará el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo(a) de recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesita más espacio, use otra hoja, firmela y fichela)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián/conservador

\_\_\_\_\_  
Fecha

3. Mi hijo/hija toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. El padre/guardián del hijo/hija proporcionará y dispensará cualquier y todo

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián/conservador

\_\_\_\_\_  
Fecha

4 a. Ningún medicamento de cualquier tipo, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo/hija a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián/conservador

\_\_\_\_\_  
Fecha

4 b. Yo doy permiso de que se le dé medicamento no recetado a mi hijo/hija  
(EXCLUYENDO MEDICAMENTOS NOM BRADOS ABAJO QUE PUEDEN CAUSAR UNA REACCION ALERGICA).

Medicamento de alivio para el dolor sin aspirina Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # de pastillas por dosis \_\_\_\_\_. Pastilla para la garganta Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Descongestionante Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # de pastillas por dosis \_\_\_\_\_. Antiácido Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Antihistamínico Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # de pastillas por dosis \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián/conservador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Especifica Information Medica (escoge uno) si mismo o niño**

Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

Vacunas: fecha de la última vacuna de tétanos/difteria \_\_\_\_\_

Medicamento que está tomando su hijo/hija \_\_\_\_\_

Alguna limitación que tiene su hijo/hija \_\_\_\_\_

Está su hijo/hija propenso a tristeza crónica cuando se ausenta de casa, reacciones emocionales a nuevas situaciones, sonámbulo, mojar la cama, desmayos?

A sido expuesto su hijo/hija a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruelas, etc.? Si sí, fecha y condición o enfermedad. \_\_\_\_\_

También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/hija. Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián o conservador: