

Consentimiento Médico 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, firme sólo las que son aplicables.

Información del seguro:

Compañía de plan de salud familiar: _____ Numero 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: _____ Fecha: _____

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

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: () _____

Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor médico: Si No

Médico familiar: _____ Teléfono: () _____

Otro tratamiento médico:

En el caso de que llega a la atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos y agentes, y de la Arquidiócesis de Nueva York, acompañantes, o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo(a) se pone malo con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de la garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame por llamada a cobrar (por cobrar yo mismo).

Firma: _____ Fecha: _____

LEA Y FIRME SI TU 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. Los medicamentos/tratamientos que requieran cualquier forma de desnudez deben ser auto administrados por el alumno en privado. Las excepciones a esta política son medicamentos que deben estar en posesión constante del joven. (p.ej. insulina, inhaladores, EpiPens). 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: _____ Fecha: _____

Información médica específica:

La parroquia asegura de tomar las medidas necesarias para que toda esta información sea mantenida confidencial.

Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.): _____

Inmunizaciones: Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: _____

¿Tiene su hijo(a) una dieta medicamente recetada? Si No

¿Tiene su hijo(a) alguna limitación física? Si No

¿Tiene su hijo(a) nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, enuresis nocturnal, o desmayos?

Si: _____ No

¿Ha estado expuesto recientemente su hijo(a) a alguna enfermedad contagiosa o condiciones, como las paperas, el sarampión, la varicela? Si No

En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición: _____

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

Firma: _____ Fecha: _____