

**PADRE / TUTOR**

**FORMA DE PERMISO / AUTORIZACIÓN MÉDICA / ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN**

**PATROCINADOR DE LA ACTIVIDAD** \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD** \_\_\_\_\_

**FECHA(S) DE LA ACTIVIDAD** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE LA ACTIVIDAD** \_\_\_\_\_

Como padre/tutor legal de \_\_\_\_\_, soy legalmente responsable por cualquier acción personal llevada a cabo por el menor mencionado anteriormente (“participante”).

En mi nombre, en nombre del menor mencionado, o en nombre de nuestros herederos, sucesores, y asignados, estoy de acuerdo en exonerar o liberar de culpa y defender a:

\_\_\_\_\_ Nombre de la Parroquia/Escuela

sus oficiales, directores, empleados y agentes, y a la Arquidiócesis de Santa fe, sus empleados y agentes, chaperones, o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamo que surja de, o en conexión con la asistencia de mi hijo/a al evento o en conexión con cualquier enfermedad o lesión (incluyendo la muerte) o de los costos por el tratamiento en conexión con ésta, y estoy de acuerdo en indemnizar a la parroquia/escuela, sus oficiales, directores y agentes y a la Arquidiócesis de Santa Fe, sus empleados y agentes y chaperones, o representantes asociados con el evento por el pago razonable de honorarios de abogados y gastos que puedan haberse incurrido en cualquier acción judicial en contra de ellos como resultado de dicha lesión o daño, a menos que dicho reclamo surja de la negligencia de la parroquia/escuela o la Arquidiócesis de Santa Fe.

Por este medio autorizo al Supervisor de la actividad o su designado a actuar en mi nombre para autorizar la atención médica, cirugía, u otros servicios del cuidado de la salud recomendados en una situación de emergencia mientras mi hijo/a participa en la actividad. Si el médico abajo mencionado no puede ser localizado, por este medio autorizo a cualquier médico con licencia o centro médico a proporcionar tratamiento a mi hijo/a.

Por este medio autorizo al Supervisor de la actividad o a su designado a administrar los siguientes medicamentos a mi hijo/a de acuerdo a las instrucciones descritas aquí:

Medicamento \_\_\_\_\_

Instrucciones: \_\_\_\_\_

Si el medicamento ha sido prescrito por un doctor, la prescripción deberá ser entregada en su envase original al Supervisor de la actividad.

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor

Nombre: (con letra legible) \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Hogar

Trabajo