

PADRE/ TUTOR

FORMA DE PERMISO / AUTORIZACIÓN MÉDICA / ACURDO DE INDEMNIZACIÓN

PATROCINADOR DE LA ACTIVIDAD _____

ACTIVIDAD _____

FECHA(S) DE LA(S) ACTIVIDAD(ES) _____

LUGAR DE LA ACTIVIDAD _____

El/la que firma abajo como padre/madre de familia o guardián legal de _____, otorga permiso para que el individuo mencionado asista a la actividad descrita.

Como condición para asistir a la actividad descrita, yo, por este medio libero y exonero a la Arquidiócesis Católica Romana de Santa Fe y a todas sus parroquias afiliadas, escuelas y organizaciones, así como a sus oficiales, agentes y empleados, de cualquier y todo reclamo, demanda, acción o causa de acción por la muerte, lesión, o enfermedad, en cualquier forma, que surja de la actividad anteriormente descrita, incluyendo, pero no limitándose a la transportación hacia y desde el evento.

Estoy además de acuerdo que la responsabilidad financiera para asegurar el cuidado, en caso de alguna lesión que resulte de la participación en el programa, es un asunto entre el participante y su proveedor de salud, y que la Arquidiócesis de Santa Fe no puede pagar a los proveedores del cuidado por el tratamiento de ninguna lesión. Se acuerda, además, que el participante asume toda responsabilidad legal por su seguridad personal y sus acciones mientras participa en el programa y durante el viaje hacia y desde las actividades del programa.

Por este medio autorizo al Supervisor de la actividad o a su designado a actuar en mi nombre para autorizar tal atención médica, cirugía u otros servicios de cuidado de la salud que puedan ser recomendados en una situación de emergencia durante la participación en la actividad. Si el doctor abajo mencionado no puede ser localizado, por este medio autorizo a cualquier médico con licencia vigente o centro médico a tratar a mi hijo/a.

Yo, por este medio, autorizo al Supervisor de la actividad o a su designado/a a administrar el/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 en su envase original será proporcionada al Supervisor de la actividad.

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Firma Legible: _____ Fecha: _____

Padre/Tutor

Teléfono: _____

Casa

Trabajo