

# St. Michael the Archangel

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN & LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA PARA PADRES

Yo, el padre de: *(por favor escriba)* \_\_\_\_\_ autorizo a mi hijo(a) a participar en **(EVENTO)** patrocinado por St. Michael the Archangel. En nombre propio, y en nombre de mis herederos, albaceas y administradores; renuncio, absuelvo, libero y acepto mantener indemne de daño a todos y cada uno de los adultos que actúen como acompañantes durante estos fines de semana; y a la Arquidiócesis de Atlanta, sus representantes, cesionarios, patrocinadores, organizadores y participantes, debido a cualquier lesión relacionada con el programa mencionado anteriormente. Igualmente libero de mi responsabilidad a cualquier persona que transporte a mi hijo(a) desde y hasta cualquiera de las actividades. Otorgo permiso para la publicación de fotografías de grupo (dos o más personas) tomadas durante este evento.

También autorizo a buscar cualquier tipo de atención médica de emergencia si mi hijo(a) está involucrado(a) en algún accidente o se lesiona de alguna forma durante los eventos mencionados anteriormente. Entiendo que en dicha instancia, se hará todo lo posible por contactar al padre/tutor legal. En el evento de que esa persona no pueda ser contactada, autorizo al médico de turno a que hospitalice, inicie tratamiento y ordene inyecciones, anestesia y/o cirugía para mi hijo (cuyo nombre aparece aquí) si lo considera necesario.

También acepto que soy legalmente responsable de todos y cada uno de los actos de mi hijo(a)/custodio durante este evento, y acepto ser responsable financieramente de todos y cada uno de los daños, tarifas legales y cualquier otro gasto que surja como resultado de su acción, omisión o comportamiento.

Además, acepto que si el comportamiento del estudiante mencionado anteriormente es inadecuado, riesgoso y/o perjudicial para el grupo, se me contactará inmediatamente para garantizar que él/ella sea retirado(a) del lugar del evento. Entiendo que cualquier costo económico que surja como resultado de su envío a casa será mi responsabilidad.

**Compañía de seguro:** \_\_\_\_\_ **Póliza #:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la compañía de seguro #:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del menor:** \_\_\_\_\_

**Número de celular del padre:** \_\_\_\_\_ **Nombre del padre:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por medio de estas iniciales, autorizó a mi hijo(a) a recibir medicamentos sin prescripción, siempre y cuando el/los adulto(s) acompañante(s) lo considere(n) necesario.

**Mi hijo(a) es alérgico(a) a:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos que consume actualmente (y dosis):** \_\_\_\_\_

**Cualquier otra información médica, física o general que considere importante:** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/Tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra imprenta:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

Con la suscripción del presente formulario, certificó que toda la información aquí contenida es cierta y correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento.