

FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO

Diócesis _____ Parroquia _____ Escuela _____

Nombres de los participantes _____

Destino _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Yo/nosotros entiendo/entendemos que habrá servicios de primeros auxilios en el viaje mencionado arriba. Yo/nosotros entiendo/entendemos que, en caso de un accidente, lesión o enfermedad, se obtendrá asistencia médica y/u hospitalaria.

Yo/nosotros me/nos doy/damos cuenta que los cooperadores harán un esfuerzo razonable para notificarme/nos en caso de accidente, lesión o enfermedad: sin embargo, si no pueden contactarme/nos, tienen mi permiso para proveer la acción médica que sea la más apropiada para mi hijo/a.

Yo/nosotros doy/damos permiso para que las personas a cargo de y los que transportan a mi hijo/a administren los primeros auxilios que consideren convenientes según su juicio a (nombre), y para que hagan referir a los médicos calificados o proveedores de servicios médicos según sea necesario, para el tratamiento de la enfermedad o accidentes. Yo/nosotros entiendo/entendemos que en el caso de una enfermedad seria o de un accidente y antes de cualquier cirugía importante, se hará un esfuerzo razonable para informarme/informarnos lo más pronto posible, excepto en el caso en que la demora en la comunicación ponga en peligro la vida. En el caso de una urgencia médica, si yo/nosotros no puedo/podemos ser contactado/s, doy/damos permiso al médico o al proveedor de servicios médicos seleccionado por el personal adulto, a hospitalizar, asegurar el tratamiento apropiado, y/o ordenar la administración de cualquier inyección, anestesia o cirugía que el dicho médico o proveedor de servicios médicos considere necesario para el niño.

Un médico, clínica, hospital o proveedor de servicios médicos puede proceder a cualquier tratamiento médico o quirúrgico que el tal cooperador autorice.

Entiendo también que seré responsable por todos los costos médicos, quirúrgicos y de transporte que puedan producirse.

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nº de póliza de la Compañía aseguradora _____

(Padre)

(Nº teléfono Casa y Trabajo)

(Madre)

(Nº teléfono Casa y Trabajo)

Si no puede contactarse a ninguno de los padres, yo/nosotros doy/damos permiso para contactar a:

(Amigo o familiar)

(Nº teléfono Casa y Trabajo)

(Médico de cabecera de la familia)

#9; (Nº teléfono del médico)

Firma Padre/Custodio legal

Fecha

Padre/Custodio legal

Fecha

Si hay restricciones/problemas médicos, por favor notifique acerca de ellos en el reverso de esta hoja.

FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO

Diócesis/Parroquia/Escuela _____

Nombres de los participantes _____

Destino _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Yo/nosotros entendemos que habrá servicios de primeros auxilios en el viaje mencionado arriba.
Yo/nosotros entendemos que, en caso de un accidente, lesión o enfermedad, se obtendrá asistencia médica y/u hospitalaria.

Yo/nosotros nos damos cuenta que los cooperadores harán un esfuerzo razonable para notificarme en caso de accidente, lesión o enfermedad: sin embargo, si no puede contactarme/contactarnos, tienen mi permiso para proveer la acción médica que sea la más apropiada para mi hijo/a.

Yo/nosotros doy/damos permiso para que las personas a cargo de y los que transportan a mi hijo/a administren los primeros auxilios que consideren convenientes según su juicio a (nombre), y para que hagan referir a los médicos calificados o proveedores de servicios médicos según sea necesario, para el tratamiento de la enfermedad o accidentes. Yo/nosotros entiendo/entendemos que en el caso de una enfermedad seria o un accidente y antes de cualquier cirugía importante, se hará un esfuerzo razonable para informarme/informarnos lo más pronto posible, excepto en el caso en que la demora en la comunicación ponga en peligro la vida. En el caso de una urgencia médica, si yo/nosotros no puedo/podemos ser contactado/s, doy/damos permiso al médico o al proveedor de servicios médicos seleccionado por el personal adulto, a hospitalizar, asegurar el tratamiento apropiado, y/o ordenar la administración de cualquier inyección, anestesia o cirugía que el dicho médico o proveedor de servicios médicos considere necesario para el niño.

Un médico, clínica, hospital o proveedor de servicios médicos puede proceder a cualquier tratamiento médico o quirúrgico que el tal cooperador autorice.

Entiendo también que seré responsable por todos los costos médicos, quirúrgicos y de transporte que puedan producirse.

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nº de póliza de la Compañía aseguradora _____

(Padre) (Nº teléfono Casa y Trabajo)

(Madre) (Nº teléfono Casa y Trabajo)

Si no puede contactarse a ninguno de los padres, yo/nosotros doy/damos permiso para contactar a:

(Amigo o familiar) (Nº teléfono Casa y Trabajo)

(Médico de cabecera de la familia) (Nº teléfono del médico)

Firma Padre/Custodio legal

Fecha

Padre/Custodio legal

Fecha

-

-

-

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

AVISO A LOS PADRES/CUSTODIOS

Siempre que su hijo deba llevar una medicación durante el campamento, deberá completarse y firmarse este formulario. (Esto incluye las medicinas recetadas y no recetadas). Las medicinas recetadas deben venir al campamento en el contenedor original de la farmacia. Este debe indicar el nombre del niño, nombre del médico o dentista, el número de la receta, el nombre de la medicina y su dosis. Las medicinas no recetadas también deben ser traídas al campamento en su envase original. Gracias por su cooperación

Nombre del participante

Nombre del médico o dentista

Medicinas recetadas a ser tomadas:

Medicina _____ Número de receta _____

Cantidad de veces a administrar _____ Dosis _____

Medicina _____ Número de receta _____

Cantidad de veces a administrar _____ Dosis _____

Medicina _____ Número de receta _____

Cantidad de veces a administrar _____ Dosis _____

Medicinas no recetadas a ser tomadas:

Medicina _____ Cantidad de veces a ser tomada _____ Dosis _____

Medicina _____ Cantidad de veces a ser tomada _____ Dosis _____

Medicina _____ Cantidad de veces a ser tomada _____ Dosis _____

La medicina debe ser administrada de la siguiente manera (marque una):

() Hasta que la medicina se acabe completamente según la dosis de arriba () Hasta _____

- (Fecha específica a detener la administración)

MOTIVO DE LA MEDICACIÓN

Solicito por la presente que solicitar que _____ tome la(s) medicina(s) en el campamento como se indica, y que el/la enfermero/a o quien este/a designe administren la medicación. Entiendo que es mi responsabilidad el proveer esta medicina y las instrucciones adecuadas para administrarla. Entiendo también que cualquier líder adulto del campamento que administre esta medicina a mi hijo/a no será responsable de los daños que resulten de la administración de la medicina, de acuerdo con esta solicitud, e indemnizaré y no responsabilizaré a los líderes del campamento por tales daños.

Firma del Padre o Custodio

Firma