

Nombre de la parroquia _____

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 **(nombre de la parroquia _____)**. 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 impresa: _____ **Relación:** _____

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