



DIOCESE OF VENICE IN FLORIDA

MEDICAL AUTHORIZATION FOR MINOR

NAME OF MINOR: _____ D.O.B. _____

PARISH/SCHOOL: Saint Andrew Catholic Church Youth Group

HOME ADDRESS: _____

PARENTS/GUARDIANS: _____ / _____

PHONE #s: CELL: _____ HOME: _____

WORK: _____

EMERGENCY CONTACT: _____

PHONE: _____

MEDICAL INFORMATION: Please list all pertinent medical information (for example, allergies, medications, physical impairments, or any other information necessary in an emergency situation). Explain fully:

In case of illness or injury of the above student, reasonable effort will be made to contact the parent(s)/legal guardian(s)/emergency contact. In case of a medical emergency, 911 will be called. In the event that the parents/ legal guardian(s)/emergency contact cannot be notified or are not available, I (we) authorize parish, school, or other pertinent diocesan officials to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical treatment, and/or hospital care, as determined to be necessary and appropriate by a licensed physician in the State of Florida. This authorization is valid for a period of 1 year from the date of execution.

Signature of Parent or Legal Guardian

Signature of Parent or Legal Guardian

Date: _____

Diócesis de Venice
1000 Pinebrook Rd., Venice, FL 34285
(941) 484-9543

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA MENOR

NOMBRE DEL MENOR _____ FECHA DE NAC. _____

PARROQUIA/ ESCUELA: El Grupo de Jóvenes de la Iglesia Católica de San Andrés

DOMICILIO: _____

PADRES/ TUTORES: _____ / _____

NÚMERO DE TELÉFONO: TRABAJO _____ / _____ CASA: _____ CELULAR _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN MÉDICA: indique toda la información sobre alergias, necesidades de dieta específicas, medicamentos especiales, impedimentos físicos, tipo sanguíneo, afecciones o cualquier otra información necesaria en caso de emergencia. Explique detalladamente:

Médico del menor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

En el caso de que el alumno antes mencionado sufra una enfermedad o lesiones, se harán todos los esfuerzos razonables para comunicarse con uno o ambos padres, con el o los tutores del menor o con el contacto de emergencia. En caso de emergencia médica, cuando no se pueda notificar a las personas mencionadas o las mismas no estén disponibles, autorizo (autorizamos) a la parroquia, escuela u otros funcionarios diocesanos a prestar su consentimiento para exámenes radiográficos, tratamientos anestésicos, médicos o quirúrgicos y/o atención hospitalaria, según lo considere necesario y apropiado un médico autorizado para ejercer en el Estado de la Florida. Esta autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha de su firma.

Firma del padre, madre o tutor

Firma del padre, madre o tutor