

**AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIA
Y ABANDONO DE RECLAMOS**

Para ser completado por padres/guardianes del menor. Devolver junto con el formulario de registraci3n.

Nombre _____ D3a de Nacimiento _____ Sexo _____ Edad _____

Nombre _____ D3a de nacimiento _____ Sexo _____ Edad _____

Nombre _____ D3a de nacimiento _____ Sexo _____ Edad _____

Padre/Guardi3n _____ Tel3fono (____) _____

Direcci3n del hogar _____

Nombre del empleador _____ Tel3fono (____) _____

Si no est3 disponible en caso de emergencia por favor notique:

Nombre _____ Tel3fono(____) _____

Dentista/Ortodonsista _____ Tel3fono(____) _____

M3dico familiar _____ Tel3fono(____) _____

Tiene ud seguridad medica u hospitalaria? S3 _____ No _____ Si respnde afirmativamente indique:

Compa3a _____ Politica/Grupo No. _____

Alergia a comidas/remedios _____

Operaciones(cu3les/cu3ndo) _____

Desabilidad/Enfermedad cr3nica _____

Est3 el ni3o tomando alguna medicaci3n prescrita por medico actualmente? S3 _____ No _____

En caso de que s3, por favor indique cuales medicaciones, dosis, raz2n por la cual lo toma , y prescripci3n del m3dico _____

ABANDONO DE RECLAMOS

Autorizo a la Arquidiocesis de Portland y sus representantes a que usen su juicio en determinar el cuidado y procedimientos para mi hijo(a) en caso de emergencia. Tamb3n entiendo y estoy de acuerdo en que la Arquidiocesis no asumir3 ninguna obligaci3n financiera en la que se incurra por procedimientos de emergencia y/o transporte de emergencia.

Firmo este formulario consciente de lo que significa y con plena voluntad. Para mayor testimonio firmo es d3a _____ del mes de _____ del.

FIRMA DEL ADULTO/PADRE/GUARDIAN LEGAL _____ D3a: _____