2025-2026 FORMULARIO ANUAL DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Nota: Los padres deben completar, firmar y enviar este formulario antes del inicio de cada año del Programa de Educación Religiosa para cada niño inscrito. Los padres son responsables de actualizar la información de este formulario si se producen cambios durante el año del Programa de Educación Religiosa.

Parte I. Consentimiento para la Atención Médica de Emergencia

Nombre(s) del/de los niño(s) 1. _____Grado: _____ 2. _____ Grado: _____

3. _____ Grado: _____ 4. _____ Grado: _____

En caso de emergencia, solicito que la parroquia haga intentos razonables para comunicarse conmigo al _____ (número de teléfono) o con _____ (otro padre/tutor) al _____ (número de teléfono).

Entiendo que, en una emergencia, las circunstancias exigentes pueden impedir que la parroquia me contacte de inmediato, o puede que la parroquia no logre comunicarse conmigo. Por lo tanto, doy mi consentimiento para que la parroquia tome las medidas que considere necesarias para obtener atención/cuidado médico de emergencia para mi hijo(a) incluso si no se me ha contactado.

Entiendo que las decisiones sobre el tipo de atención o tratamiento médico de emergencia normalmente las toman los proveedores de salud y no la parroquia, y que las circunstancias exigentes pueden requerir la administración de atención o tratamiento médico de emergencia sin mi consentimiento previo. Sin embargo, he indicado a continuación cualquier preferencia de tratamiento que tengo para mi hijo(a), que la parroquia puede divulgar a un proveedor de salud. (Los padres/tutores pueden marcar y completar cualquiera de las siguientes opciones):

El Dr. _____ es mi médico preferido y el Dr. _____ es mi dentista preferido.

_____ es mi hospital preferido.

La obtención de mi consentimiento antes de que mi hijo(a) reciba cirugía mayor, a menos que se obtengan las opiniones médicas de dos médicos o dentistas licenciados, que coincidan en la necesidad de dicha cirugía, antes de realizar la operación.

Otro: _____

La parroquia también puede divulgar la siguiente información marcada a un proveedor de salud:

Información de seguro: Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza/grupo/reclamación: _____

La siguiente información sobre alergias que tiene mi hijo(a), medicamentos que está tomando,

y otros hechos médicos sobre mi hijo(a): _____

Entiendo que, en caso de emergencia, la parroquia hará esfuerzos razonables para notificar al proveedor de salud la información marcada anteriormente, pero reconozco que soy responsable de comunicar dicha información al personal médico correspondiente.

Parte II. Permiso para Fotografías: (Por favor marque una de las siguientes opciones)

____ Doy permiso a nuestra parroquia y a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend para usar la imagen de mi hijo(a) en cualquier fotografía, sitio de internet, o medio visual para promover la educación religiosa parroquial o diocesana o para cualquier otro propósito legal.

____ NO doy permiso a nuestra parroquia ni a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend para usar la imagen de mi hijo(a).

Fecha_____ Firma del padre/madre/tutor_____ Correo electrónico _____

Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde: _____