

2022-2023 Formulario anual de atención médica de emergencia para adultos

Nota: Los participantes deben completar, firmar y presentar este formulario al comienzo de cada año del Programa Ministerio Juvenil Parroquial. **Los participantes son responsables de actualizar la información en este formulario si hay cambios durante el año del programa Ministerio Juvenil parroquial.**

Consentimiento para atención médica de emergencia

En caso de una emergencia, solicito que la parroquia haga intentos razonables de contactar a _____ (nombre) al _____ (número) o con _____ (nombre) al _____ (número)

Entiendo que, en una emergencia, las circunstancias puedan impedir a que la parroquia se comunique inmediatamente con los contactos de emergencia mencionados anteriormente, o que la parroquia no pueda ubicarlos. Por lo tanto, doy permiso a la parroquia a tomar medidas que considere necesarias para asegurar la atención médica de emergencia/tratamiento.

Entiendo que las decisiones relacionadas con el tipo de atención o tratamiento médico de emergencia administrado normalmente son hechas por los proveedores especialistas de salud y no por la parroquia y que circunstancias difíciles pueden exigir la atención cuidado o tratamiento médico de emergencia o tratamiento sin mi previo consentimiento. Sin embargo, he indicado a continuación mis preferencias de tratamiento que tengo y que la parroquia puede compartir con un proveedor de salud. (Los chaperones pueden completar lo siguiente):

_____ Dr. _____ es mi médico de preferencia y Dr. _____ es mi dentista de preferencia.

_____ es mi hospital de preferencia.

_____ Otro: _____

La parroquia también puede compartir la siguiente información con un proveedor de atención médica:

_____ Información del seguro: Nombre de la Compañía de Seguro:

_____ Póliza/Grupo/Reclamo N°: _____

_____ La siguiente información sobre las alergias que tengo, medicamentos que estoy tomando, y otros hechos médicos:

Entiendo que, en caso de una emergencia, la parroquia hará los esfuerzos razonables para notificar al proveedor de salud de la información antes mencionada, pero reconozco que soy responsable de comunicar dicha información al personal de médicos apropiados.

Parte II. Permiso de la foto: (Por favor escoja uno de los siguientes)

_____ Autorizo a nuestra parroquia y a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend a usar mi imagen en cualquier fotografía, sitio de Internet o medios visuales para promover la catequesis parroquial o Ministerio Juvenil diocesano para cualquier otro propósito legal.

_____ **NO** autorizo a nuestra parroquia ni a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend a usar mi imagen.

Fecha

Firma del Chaperón

E-mail