

2022-2023 Formulario anual de atención médica de emergencia

Padres de familia deben completar, firmar y presentar este formulario al comienzo de cada año del Programa Ministerio Juvenil Parroquial para cada niño matriculado en un programa pastoral juvenil. **Los padres de familia son responsables de actualizar la información en este formulario si hay cambios durante el año del programa de Ministerio Juvenil parroquial.**

Consentimiento para atención médica de emergencia

Nombre del estudiante: _____ Parroquia: _____ Grado: _____

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 la parroquia a ponerse en contacto conmigo inmediatamente o que la parroquia no se pueda comunicar conmigo. Yo, por consiguiente, doy permiso para que la parroquia tome acción, al considerar el cuidado/tratamiento médico necesario en caso de emergencia para mi niño incluso si yo no he sido contactada.

Entiendo que las decisiones acerca del tipo de cuidado o tratamiento médico en caso de emergencia son hechas por proveedores especialistas de salud y no por la parroquia y que circunstancias difíciles pueden exigir la atención de cuidado o tratamiento médico de emergencia sin mi previo consentimiento. Sin embargo, he indicado a continuación mis preferencias de tratamiento que tengo para mi niño y que la parroquia puede compartir con un proveedor de salud. (Padres/Guardianes marquen y completen lo siguiente):

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

_____ es mi hospital de preferencia.

_____ Recibo de mi consentimiento a una cirugía mayor antes que mi niño la tenga, a no ser que las opiniones de dos médicos o dentistas autorizados que están de acuerdo con la necesidad de tal cirugía, sean obtenidas antes de que la cirugía sea realizada.

_____ 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 es sobre las alergias que tiene mi niño, medicamentos que está tomando, y otros aspectos de salud sobre mi niño: _____

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

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____ E-mail _____

Nombre del Padre/Guardián _____