

**FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES**  
**Y FORMA MEDICA**

**DIOCESIS DE KNOXVILLE**  
**PASTORAL JUVENIL**

Evento: \_\_\_\_\_

Fecha del evento: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ le doy permiso a mi hijo (a) de participar en  
(Nombre del padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
(Nombre, del evento, lugar, fecha)

**ASPECTOS MEDICOS**

Yo garantizo, por lo mejor de mi conocimiento, que mi hijo (a) se encuentra en buena salud..

Yo asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo (a).

De acuerdo a las siguientes aseveraciones relacionadas con cuestiones médicas firme aquellas con las que está de acuerdo:

**TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA**

En caso de una emergencia médica, doy permiso de transportar a ,mi hijo (a) al hospital mas cercano para su tratamiento médico y/o quirúrgico.

Deseo ser avisado previamente antes de cualquier tratamiento medico por el hospital o el médico.I

En caso de una emergencia, si no puedo ser localizado en el número telefónico proporcionado en la parte superior de esta forma o en mi trabajo favor de contactar a la siguiente persona:

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Persona a contactar en una emergencia si yo no puedo ser localizado:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

---

Nombre del padre o tutor *Firma* Fecha

**OTROS TRATAMIENTOS MEDICOS**

Alergias a comida: \_\_\_\_\_ o medicamentos: \_\_\_\_\_  
Especifique cuales: \_\_\_\_\_

En caso de que mi hijo (a) presente los siguientes síntomas: dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, gripa, fiebre, diarrea, y los representantes de la Diócesis, chaperones u otro personal asociado con este evento necesiten contactarme para informarme los cargos de la llamada por cobrar serán responsabilidad mía.

---

Nombre del padre o tutor *Firma* Fecha

Actualmente mi hijo toma medicamento. Mi hijo llevará todos los medicamentos necesarios y todos ellos estarán etiquetados con los nombres del medicamento e indicaciones para que el medicamento sea administrado según la dosis y frecuencia especificados por el médico.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

Nombre del padre o tutor *Firma* Fecha

No se le deberá de administrar ningún tipo de medicamento a mi hijo (a) a menos que sea una situación de vida o muerte.

---

Print Name *Signature* Date

Otorgo permiso al personal de la Diócesis y/o chaperones, administratr medicamentos que no requieren receta médica como Tylenol, jarabes para la gripa, tos, pastillas para el dolor de garganta.

---

Print Name

*Signature*

Date

**INFORMACION MEDICA ESPECIFICA**

La Diócesis de Knoxville tomará cuidados específicos para que la información aquí proporcionada se mantega en confidencialidad.

Vacunas: Fecha de la última aplicación de la vacuna contra el tétanos/difteria (D.P.T. / D.T)

---

¿Tiene su hijo alguna dieta especial dictada por un médico? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna limitación física? \_\_\_\_\_

---

¿Es su hijo susceptible a reacciones emocionales por dormir fuera de casa o al enfrentarse a situaciones no familiares para él (ella) ? Por ejemplo: sonambulismo, mojar la cama, desmayos, dolores de cabeza severos (migrañas) , otro (especifique).

---

¿Ha estado su hijo ultimamente expuesto a enfermedades contagiosas como sarampión, rubéola, varicela, hepatis, etc? De ser así mencione la enfermedad y la fecha:

---

El personal de la Diócesis de Knoxville deberá estar enterado y al pendiente de la (s) siguiente (s) condiciones o situaciones médicas de mi hijo:

---

---

---

---

Indicaciones específicas en cuanto a la dieta:

---

---

---

---