



Medical Treatment Release Form
Formulario de Consentimiento para Tratamiento Médico



**One form is needed for each individual child.
Una forma se necesita para cada niño individual.**

This form will be kept on file in case of an emergency.
Esta forma se mantendrá en el archivo en caso de una emergencia.

Child's Information/Información del niño(a):

Child's Name/Nombre del niño(a): _____

Relationship to you/Relación al niño(a): _____

Address of Child/Domicilio del niño(a): _____

Phone/Teléfono: _____

Child's Medical Information/Información Médica del niño(a):

Please list medical information about child: Food allergies & other allergies, Medication (name & dose), Disabilities (physical, emotional, learning) or other pertinent comments/ Por favor coloca información médica sobre el niño(a): Alergias de comida u otras alergias, Medicina (nombre y dosis), alguna necesidad especial física o emocional, u otros comentarios pertinentes:

Does your child use or need an Epi-Pen for medical emergencies?/¿Su niño utiliza o necesita una "Epi-Pen" para emergencias médicas? Yes/Si No

Emergency Contact Information/ Información del Contacto en caso de Emergencia: (In case Parents/Guardians are not reachable/(En caso de que usted no sea accesible)

Name/Nombre: _____

Phone/ Teléfono: _____

Relationship to child/ Relación al niño(a): _____

Family Physician Information/Información del medico Familiar:

Name of Physician/ Nombre del Medico: _____

Phone/Teléfono: _____

Physician's Address/Dirección del Medico: _____

Health Insurance Information/Información del Seguro de Salud:

Company/ Compañía: _____

Policy Number/Número de Póliza: _____

Group Number/Número del Grupo: _____

Contract Number/Numero de Contrato: _____

Release Authorization/Autorización de Consentimiento:

As a parent/guardian, I hereby authorize first aid/medical treatment for _____ in the event of an emergency which may endanger his/her life, cause disfigurement, physical impairment or undue discomfort if delayed. In the event that the aforementioned requires my authorization for treatment and I cannot be reached in an emergency, I hereby give my permission to the physician selected by the activity leader to hospitalize, secure medical treatment, and/or order an injection, anesthesia or surgery for the aforementioned as deemed necessary.

I understand all reasonable safety precautions will be taken at all times by the parish and its agents during Formation Programming. I understand the possibility of unforeseen hazards and know the inherent possibility of risk. I agree not to hold St. Francis de Sales Catholic Church, its leaders, employees, drivers, volunteers, or the Roman Catholic Diocese of Grand Rapids liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the aforementioned.

Como jurídico, autorizo primero auxilio/tratamiento medico para _____ en el caso de emergencia que pueda poner en riesgo su vida, desfigurarle, impedir su físico o causar desconforme innecesario demás incomodes si se tarda. Se comprende que se hará esfuerzos para contactar la persona nombrada en esta planilla lo más pronto que sea razonablemente posible. En el caso que el antes mencionado requiera mi autorización para tratamiento y no se pueda ubicarme en una emergencia, doy mi permiso al medico escogido por el líder de la actividad para hospitalizar, procurar tratamiento medico y/o autorizar una inyección, anestesia o cirugía para el antes mencionado como se determine necesario. Comprendo que todas las razonables precauciones de seguridad serán tomadas por la parroquia y sus agentes durante la Programación Formativo. Entiendo la posibilidad de calamidades imprevistas y entiendo la inherente posibilidad de riesgo. Estoy de acuerdo en no culpar la parroquia de San Francisco de Sales, sus lideres, empleados, voluntarios o la Diócesis Católica Romana de Grand Rapids por daños, perdidas, enfermedades o heridas ocurridas a la persona antes mencionada.

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre/Madre: _____

Date/Fecha: _____

Witness Signature/Firma del Testigo: _____

Date/Fecha: _____