

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y

AUTORIZACIÓN 2025

Nombre completo del participante _____

En caso de una emergencia o problema, comuníquese con estas personas en el siguiente orden:

1. _____	_____	_____
nombre	relación	número telefónico
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Indique posibles alergias:

(por ej. cacahuete, guantes de látex, fármacos a base de sulfa)

Dirección del hogar del participante:

Número telefónico del hogar del participante: _____

Fecha de nacimiento del participante: _____ Edad del participante: _____

Altura y peso aprox. del participante: _____

Fecha de última Inyección del Tétano o Refuerzo: _____

Indique posibles medicamentos que esté consumiendo o tome regularmente (incluya dosis):

Indique posibles datos del historial médico del participante de los que los proveedores de servicios de emergencia u hospital debieran estar al tanto:

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA DE UN NIÑO MENOR DE EDAD

Mediante este documento, yo (nosotros) autorizo(amos) que el personal del Departamento de Parques y Recreación (Parks and Recreation Department, 800 N. Park Ave., Warsaw, Indiana), proporcione transporte de emergencia necesario, así como exámenes, anestesia, diagnóstico médico, cirugía o tratamiento y/o atención hospitalaria al menor de edad antes mencionado bajo la supervisión general o especial, o la asesoría de cualquier médico o cirujano con licencia para ejercer la medicina. Yo (nosotros) comprendo(emos) que seré(mos) responsable(s) de todas las obligaciones financieras y reclamos de seguro que surjan a partir de la atención antes mencionada. Yo (nosotros) comprendo(emos) que este consentimiento tiene como objetivo permitir que el tratamiento de emergencia se inicie sin demora, y que los funcionarios y personal de emergencia seguirán realizando todos los esfuerzos posibles por contactarme(nos). Este consentimiento será válido entre abril de 2025 y septiembre de 2025.

FIRMA (DEBE contener la firma del padre/madre o tutor legal si el participante tiene menos de 18 años de edad)

FECHA

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA (letra lo más clara posible)

Este formulario es confidencial y se utilizará solo para ayudar en caso de una lesión o situación de emergencia. Se entregará una copia de este formulario al personal paramédico en caso de que el participante requiera atención profesional.