

**AUTORIZACIÓN PARA PADRES/TUTORES QUE CONSIENTEN LA ATENCIÓN
MÉDICA PARA MENORES Y EL ACUERDO DE LIBERACIÓN DE
RESPONSABILIDAD**

Yo, _____, soy el padre con custodia de _____, un menor, de _____ años, nacido en _____ autorizo que _____, un adulto responsable (de aquí en adelante Sponsor) esté al cuidado de mi hijo y efectúe las acciones necesarias o propias para proveer atención médica al menor, esto incluye, pero no limita el poder

- (i) Proveer atención médica en un hospital o cualquier otra institución o el empleo de algún médico, dentista, enfermera u otra persona cuyos servicios sean necesarios para una atención médica de emergencia.
- (ii) Consentir y autorizar cualquier atención médica de emergencia, esto incluye la administración de anestesia, examen de radiografía, ejecución de operaciones y otros procesos llevados a cabo por médicos, dentistas y cualquier otra miembro del personal médico excepto la retención o retirada de un procedimiento que sustente su vida.
- (iii) Para suministrar a mi hijo Tylenol/Advil, jarabe para la tos o Pepto-Bismol si es necesario. Sí No

Este consentimiento debe efectuarse durante la asistencia y participación de mi hijo en la Convención Estudiantil, incluye las actividades preliminares y posteriores a ello, en la fecha de _____, 20 ____, o en específico a menos que se extienda o se anule con anterioridad por alguna de las partes.

En consideración que mi hijo puede asistir y participar en la Convención Estudiantil, por la presente autorizo a respaldar a Accelerated Christian Education, Inc., a la Convención Estudiantil, al director o decano, y a sus agentes y empleados, inocentes de cualquiera de las presentes y futuras responsabilidades, acciones, causas de las acciones, reclamos, gastos y daños a cuenta de lesiones, esto incluye la muerte de mi hijo o propiedad la cual no es el resultado de negligencia grave, intencional o de una conducta obstinada o sin sentido por parte de la Convención Estudiantil, el director o decano, y sus agentes y empleados, en conexión con cualquier tratamiento médico juzgado como necesario y autorizado por las condiciones de este formulario de consentimiento médico.

Condiciones médicas actuales: (Incluye la naturaleza de cualquier atención, medicamento u otro tratamiento y/o alergias a los medicamentos)

Fecha del último examen de tétanos o dosis adicional: _____

Nombre del médico: _____ **Teléfono ()** _____

Información de seguro médico: _____ **Número de póliza** _____

Número(s) de teléfono de emergencia: _____

Al firmar aquí, indico que entiendo y capacito a comunicar las decisiones asistencia médica y que estoy por completo informado del contenido de este documento y entiendo la importancia de este otorgamiento de poderes a los agentes nombrados aquí. Además indico que HE LEÍDO CON ATENCIÓN EL ANTERIOR ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONOZCO LOS CONTENIDOS DEL MISMO Y FIRMO A CONTINUACIÓN POR MI PROPIO VOLUNTAD.

Fecha

Firma del padre o tutor

Nombre escrito del padre o tutor

Domicilio

Ciudad Estado/Provincia Código postal

Teléfono fijo

Nombre de la escuela

Número de Acuerdo A.C.E. de la escuela

Teléfono de la escuela

Sponsor (responsable)