

# Permiso Médico Anual en Caso de Accidentes 2016-2017

Yo/Nosotros los padres o guardianes legales de (Nombre y Apellido del Niño) \_\_\_\_\_, menor de edad, por este medio doy mi consentimiento para cualquier examen radiografía, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamientos o procedimientos y hospitalización que sea aconsejable, recomendado, recetado o sugerido por un médico o cirujano con licencia para practicar en el Estado de Georgia. Entiendo que trataran de contactar a los padres/guardianes legales antes de empezar cualquier tratamiento al paciente, pero no se le negará ningún tratamiento en caso que no puedan contactar a los responsables del menor.

Padres/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Médico de la Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Padres por favor lean y pongan iniciales en las secciones siguientes, luego firme abajo:**

\_\_\_\_ Yo/Nosotros por este medio damos permiso para que se publiquen las fotos (de dos o más personas) que se toman en la parroquia y durante los eventos de los jóvenes.

\_\_\_\_ Yo/Nosotros por este medio damos permiso para que mi hijo/a participe en el programa de la Arquidiócesis de Atlanta "Virtus". Este programa reafirma el amor de Dios por cada persona y discute como cada uno de nosotros tiene el derecho de ser tratado con respeto por los demás. El entrenamiento será conducido anualmente para niños en los grados de Kinder, 4º, 9º y también para niños nuevos en las clases de Educación Religiosa de todos los grados. Para más información visitar la página web:

[www.archatl.com/offices/ocyp/senvironment/safek12.html](http://www.archatl.com/offices/ocyp/senvironment/safek12.html)

Protegiendo a los niños de Dios

Firma del Padre/Madre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:	Ultima Vacuna Tétano/Difteria:
Edad: ____ y Grado: ____ del niño en Sept. 1, 2016	Alergias a medicamentos o comida :
Fecha de Bautismo: _____ Lugar Bautismo : ____ <i>Holy Cross</i> ____ Otra : _____	Necesidades especiales o cualquier otra información pertinente :

## Sólo para uso de oficina

Session Assigned: _____ Room # ____ Sun 10:15am    Sun 11:45am    Sun 6:45pm    Wed 6:30pm	Ignite    Thrive    Confirmation:    1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup>
Current on Sacrament / Basic Catechesis / First Communion Year	Sacraments Needed:
Notes:	