

*Este documento esta sujeto al formato original, escrito en el idioma inglés.*

## **AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO MEDICO DE PADRES DE FAMILIA O TUTORES**

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente testifico que tengo custodia legal sobre el menor \_\_\_\_\_, quien estará bajo la supervisión un adulto.

Yo doy mi consentimiento para que el personal de la Vida en Residencias (Residential Life) de Incarnate Word High School y St. Anthony's Catholic High School, se encargue de supervisar al estudiante, administrar tratamiento general de primeros auxilios en caso de cualquier herida o enfermedad de primer grado que presente el menor. Si la enfermedad o herida atenta contra su vida o necesita de tratamiento de emergencia profesional, yo autorizo a que el adulto que lo este supervisando recurra a cualquier y todo tipo de ayuda profesional de emergencia, a que atienda, transporte y de consulta al menor y a que tramite autorización para cualquier clase de rayos X, anestecia, transfusión de sangre, aplicación de medicamento o algún otro diagnóstico médico, tratamiento o cuidado clínico (incluyendo cirugía).

Estoy de acuerdo en asignar a los proveedores apropiados de cuidado médico la cobertura de seguro médico personal para el menor. A través de este conducto asumo toda obligación y responsabilidad financiera para cubrir todos los gastos y costos asociados, como puede ser el transporte y/o el tratamiento de su enfermedad o herida, en caso de que el costo del tratamiento exceda la cobertura del seguro. También, autorizo a que el hospital, médico o cualquier otro especialista de asistencia médica que este administrando el tratamiento a liberar la información pertinente a la compañía de seguros que cubra los gastos del mismo.

Acuerdo que el Personal de la Vida en Residencias (Residence Life) de Incarnate Word High School y St. Anthony's Catholic High School a cargo del menor, pueda intervenir en mi representación para proporcionar o hacer los arreglos para proporcionar cuidado médico al estudiante según sea necesario. Asimismo, concuerdo en liberar a University of Incarnate Word, Incarnate Word High School, y a St. Anthony's Catholic High School y sus respectivos representantes, directores, oficiales, facultad, empleados, sirvientes y agentes entre otros; los deslindo de toda obligación y responsabilidad para cualquier reclamo, demanda u otros actos concernientes a cualquier herida personal, accidente, daños, gastos, o para otra pérdida causada, sufrida o contraída por el menor o cualquier otra persona o entidad que pudiese surgir aún cuando no participe dentro del Programa Residencial

Reconozco que he leído y entendido las declaraciones señaladas arriba y que estoy completamente capacitado para hacerlo. Si por cualquier razón alguien me leyo este documento, estoy confiado en que dicho individuo ha leído las declaraciones de forma verídica y apropiada.

Es entendible que esta autorización es presentada con anticipación a cualquier tratamiento médico que pudiese presentarse, para brindar autoridad y poder al adulto encargado de supervisar al hacer uso de mejor juicio en caso de cualquier emergencia o situación médica.

Entiendo y por medio de la presente autorizo a que el personal de University of Incarnate Word, St. Anthony's Catholic School and Incarnate Word High School Residential Life permita cuidado médico o tratamiento para el estudiante, del mismo modo, programe consultas médicas de rutina en caso de ser necesarias, y tratamientos médicos, en caso de emergencia.

Una fotocopia de esta autorización será válida y puede ser usada como documento original. Esta autorización será valida a partir de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

Firma del Padre/ Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Sometida y firmada el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

Notario Público del Estado de \_\_\_\_\_. Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_.