

## Arquidiócesis de Dubuque

### 2009/10 Hoja Anual de Autorización de Padre/Tutor y Renuncia a Reclamaciones

Esta forma de Autorización y Renuncia a Reclamaciones es requerida y sirve ambos para los programas/excursiones/eventos dentro y fuera de la escuela o parroquia por el año anotado. Esta forma debe ser completada anualmente para cada estudiante/participante. Para obtener el permiso necesario, usted debe submitir la información necesaria sobre la persona de contacto e información médica en caso de emergencia. Tan pronto como los detalles de cada evento/excursión son obtenidos, será requerido que usted complete una forma de permiso para excursiones fuera de la escuela o parroquia que incluirá los detalles del evento. Favor de completar todas las secciones.

#### Sección 1 – Información de contacto

Nombre del estudiante/participante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ **F** \_\_\_\_\_ **M**

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa/celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo/celular: \_\_\_\_\_

#### Sección 2 – Autorización y Renuncia a Reclamaciones para excursiones fuera de la escuela o parroquia

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que mi hijo/a,

Nombre del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_, participe en cualquier evento de la

Nombre del Menor

escuela/parroquia este año que requiere transportación a un lugar fuera del sito de la escuela/parroquia.

Las actividades tendrán lugar bajo la supervisión y administración de empleados de la

escuela/parroquia y/o voluntarios de \_\_\_\_\_.

Nombre de la Escuela/Parroquia

Yo consiento, yo mismo y a nombre de mi hijo/a aquí mencionado y nuestros herederos, sucesores, y cesionarios, en eximir de toda responsabilidad y defender a

\_\_\_\_\_, a sus oficiales, directores, y agentes, y a la

Nombre de la Escuela/Parroquia

Arquidiócesis de Dubuque, chaperones o representantes asociados con los eventos, que puedan surgir de o que estuviesen conectados con el viaje de mi hijo/a o su asistencia a los eventos o que estuviesen conectados con cualquier enfermedad o lesión o costos de tratamiento médico conectados con el mismo, y acepto compensar a la parroquia, sus oficiales, directores, y agentes, y a la Arquidiócesis de Dubuque, chaperones, o representantes asociados con los eventos y gastos razonables de abogado que puedan surgir con respeto al mismo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Sección 3 - Asuntos Médicos Específicos:** Por la presente yo garantizo que según mi leal saber y entender, mi hijo/a está en buena salud, y yo asumo responsabilidad por la salud de mi hijo/a.

Parte A - Tratamiento Médico de Emergencia. En caso de emergencia, yo por la presente doy mi permiso para que mi hijo/a sea transportado a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Yo deseo ser notificado antes de cualquier otro tratamiento por el hospital o el doctor.

En caso de emergencia, si no pueden comunicarse conmigo usando los teléfonos apuntados arriba, favor de comunicarse con:

Nombre y relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Médico de Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro de la Familia \_\_\_\_\_ # de la Póliza: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Parte B - Otros Tratamientos Médicos:** En caso de que llegue a ser evidente a la parroquia/escuela, sus oficiales, directores, y agentes, y a la Arquidiócesis de Dubuque, chaperones o representantes asociados con las actividades que mi hijo(a) se enferme con síntomas como dolor de cabeza, vómitos, garganta adolorida, fiebre, o diarrea, quiero ser notificado. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No.

Si **sí**, Favor de llamar: \_\_\_\_\_

Permiso para Medicamento No-Recetado en la escuela/parroquia – Por la presente doy permiso para que ciertos medicamentos no recetados (como Ibuprofen, Tylenol, pastillas para la garganta) puedan ser administrados a mi hijo/a en el evento de que sea una situación necesaria y que haya sucedido después de que mi hijo(a) esté atendiendo en el lugar del evento. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No.

**Parte C - Información Médica Específica:** La parroquia/escuela tomará precauciones razonables para asegurar que la siguiente información se mantenga confidencial. Marque/explice todo lo que es aplicable o perteneciente al estudiante/participante.

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.): \_\_\_\_\_

Usa algún medicamento recetado para el asma o para ayudar al sistema respiratorio (vea artículo 9.3 abajo)

Tiene su hijo(a) una dieta recetada por razones médicas? \_\_\_\_\_

Alguna limitación física? \_\_\_\_\_

Usted debe saber de las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo(a): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Administración de Medicamentos** – Póliza 5141, artículos 9-10 de la Asamblea Arquidiocesana de Educación.

9. Dispensión de medicamentos recetados

1. Para escuelas católicas – Dispensión de medicamentos recetados será administrada por una enfermera o partido designado con entrenamiento y con permiso escrito de los padres/tutores. Medicamentos recetados deben ser entregados a la escuela en su contenido original con la información del doctor, nombre del medicamento, dosis y frecuencia de administración. Un informe de cada dosis administrada será documentado en el archivo escolar de salud del púpilo.
  2. Para todos otros programas juveniles – Dispensión de medicamentos recetados serán administrados personalmente por cada joven si un permiso firmado por los padres/tutores acompaña dicho medicamento recetado y si los siguientes términos son seguidos. Los medicamentos recetados deben ser entregados en su contenido original con la información del doctor, nombre del medicamento, dosis y frecuencia de administración; los medicamentos recetados son entregados al supervisor de los eventos quien retendrá en su poder dichos medicamentos hasta que el(la) joven pregunte por los medicamentos para su administración personal en la presencia de un adulto supervisor y solamente por la dosis indicada en el contenido.
  3. Estudiantes/participantes utilizando medicamentos para el asma o para asistencia al sistema respiratorio podrán administrarse su propia dosis si sus padres/tutores han completado anteriormente un permiso de consentimiento y está bajo archivo en la oficina en la escuela/parroquia. Estas formas deben ser completadas y archivadas anualmente.
  4. Contraceptivos no serán dispensados. Iowa Código §280.16
10. Dispensión de medicamentos no-recetados puede ocurrir, si los padres/tutores han firmado y con fecha una autorización identificando el medicamento, la dosis, y la frecuencia de administración. Medicamentos no-recetados pueden ser distribuidos, si es necesario, en las excursiones fuera de la escuela/parroquia si los padres/tutores firman una autorización para cada excursión fuera de la escuela/parroquia.