

Diócesis de Venice
1000 Pinebrook Rd., Venice, FL 34285
(941) 484-9543

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA MENOR

NOMBRE DEL MENOR _____ FECHA DE NAC. _____

PARROQUIA/ ESCUELA: _____

DOMICILIO: _____

PADRES/ TUTORES: _____ / _____

NÚMERO DE TELÉFONO: TRABAJO _____ / _____ CASA: _____ CELULAR _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN MÉDICA: indique toda la información sobre alergias, necesidades de dieta específicas, medicamentos especiales, impedimentos físicos, tipo sanguíneo, afecciones o cualquier otra información necesaria en caso de emergencia. Explique detalladamente:

Médico del menor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

En el caso de que el alumno antes mencionado sufra una enfermedad o lesiones, se harán todos los esfuerzos razonables para comunicarse con uno o ambos padres, con el o los tutores del menor o con el contacto de emergencia. En caso de emergencia médica, cuando no se pueda notificar a las personas mencionadas o las mismas no estén disponibles, autorizo (autorizamos) a la parroquia, escuela u otros funcionarios diocesanos a prestar su consentimiento para exámenes radiográficos, tratamientos anestésicos, médicos o quirúrgicos y/o atención hospitalaria, según lo considere necesario y apropiado un médico autorizado para ejercer en el Estado de la Florida. Esta autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha de su firma.

Firma del padre, madre o tutor

Firma del padre, madre o tutor