

## FORMA DE PERMISO MEDICO y FORMA DE PERMISO PARA USO DE FOTOGRAFIAS

**Mantendremos esta forma en los archivos del la Oficina de Formación en la Fe de la Iglesia de San Francisco de Sales y esta nos ayudará a tomar cuidado de su hijo/a en caso de emergencia médica. Haremos todo el esfuerzo de comunicarnos con usted antes de buscar atención médica para la persona cuyo nombre aparece en seguida.**

Doy permiso para que se le administre a mi hijo/a \_\_\_\_\_ cuidado de primeros auxilios por parte de la  
(nombre y apellido del niño)

la parroquia, sus oficiales, directores y agentes y la Arquidiócesis, y otros representantes asociados con eventos de Formación y Pastoral Juvenil según se juzgue aconsejable, y que se hagan las referencias necesarias a médicos calificados para el tratamiento de alguna enfermedad o accidente de naturaleza mas seria. Quedo del entendimiento que seré notificado prontamente en el caso de una enfermedad seria o accidente y antes de cualquier cirugía, excepto en el caso de que el retraso en tal comunicación ponga en peligro la vida. En caso de emergencia, quedo por entendido de que se hará todo esfuerzo para comunicarse con los padres o tutores. En caso que yo no pueda ser localizado, doy permiso al médico seleccionado por el personal adulto de hospitalizar, asegurar un tratamiento apropiado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía si se decide necesario para mi hijo/a.

*Firma* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

### **(De las siguientes declaraciones relacionadas con asuntos médicos marque SOLO las que se apliquen)**

**Si está tomando medicamento:** Al presente mi hijo/a esta tomando medicamentos. Mi hijo/a llevará los medicamentos necesarios y tales medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos, instrucciones específicas para asegurar que mi hijo/a tome tales medicamentos incluyendo dosis y frecuencia con que se toman son las siguientes \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

**NO dar medicamentos:** NO deseo que se le administre ningún medicamento a mi hijo/a de ningún tipo ya se de prescripción o no a menos que la situación requiera de un tratamiento de emergencia.

*Firma* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

**Permiso para medicamentos que no necesitan prescripción medica:** Doy permiso si se considera apropiado para que se le administren a mi hijo/a medicamentos que no son de prescripción medica (tales como tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos).

*Firma* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

### **Información Médica Específica**

Esta parroquia tomará el cuidado razonable para mantener confidencial la siguiente información.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Tiene su hijo alguna alergia que usted sepa (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.)? Escribalos \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna prescripción de dieta? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna limitación física? Explique \_\_\_\_\_

¿Hay alguna condición médica con su hijo/a de la que deberíamos saber? \_\_\_\_\_

**Es para el bienestar de su hijo/a que trabajemos juntos en cuanto a su educación. Por favor escriba cualquier cosa que podamos hacer para mejor servir a si hijo/a a medida que continúa aprendiendo aquí en San Benito (intereses especiales, hábitos de trabajo en le salón de clase, adaptaciones de salón de clase, servicios de apoyo, preferencia sobre asientos, la vista o el oído):** \_\_\_\_\_

### **FORMA DE PERMISO PARA TOMA Y PUBLICACION DE FOTOGRAFIAS**

Nosotros aquí en San Francisco de Sales tomamos fotografías o videos de los eventos del Programa de Formación en la Fe para mostrarlos en las reuniones o para ponerlos en los boletines o en la página Internet de la parroquia (nunca usamos los nombres en la pagina Internet). Su firma al pie de esta forma nos permite el uso de fotografías de a su hijo/a para promover los eventos de nuestros programas de formación.

Yo, \_\_\_\_\_, doy consentimiento de que San Francisco de Sales use algún video, fotografía, audio, o cualquier otra reproducción audiovisual en la que aparezca mi hijo/a. Dejo libre de cualquier responsabilidad relacionada con el uso de fotografías o grabaciones de mi hijo/a al personal y voluntarios de la parroquia de San Francisco de Sales.

*Firma* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_