

FORMULARIO DE EXENCIÓN MÉDICA DE ADULTOS

Revisado 8 – 2018

Nombre (en letra de molde): _____

Parroquia: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Núm. Telefónico de la Casa: (____) _____ Núm. Telefónico del Trabajo: (____) _____

Nombre del Médico Familiar: _____ Núm. Telefónico: (____) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

Por favor escriba **todas** las condiciones médicas/alergias/información de salud especial: _____

Por favor escriba **cualquier** medicamento (con o sin receta médica) de los cuales desearía que estuviéramos informados: _____

Compañía de Seguro Médico: _____ Número de la Póliza: _____

Titular del Seguro: _____ Parentesco: _____

Nombre de Contacto y Número de Emergencia: _____

En caso de que el participante no cuente con seguro médico, el saldo por el cuidado médico es la responsabilidad del paciente.

Yo, _____, eximo y mantengo libre de perjuicios y libero a la Diócesis de Little Rock, su personal y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, pérdida, daño, costo o gasto que surja a causa de mi participación en cualquiera y todos los eventos que sean programados, conducidos o realizados por la Oficina de Pastoral Juvenil de la Diócesis de Little Rock. Renuncio a cualquier demanda en contra de dicha organización o de cualquier persona, que surja directamente o indirectamente o que sea atribuida de cualquier manera legal, a cualquier acto u omisión de dicha organización o persona relacionada con la realización de los eventos de la Oficina de Pastoral Juvenil. Autorizo el tratamiento por parte de un médico o equipo médico en caso de cualquier accidente o enfermedad que pueda surgir, o cualquier hospitalización que sea necesaria.

Firma: _____

Fecha: _____