



All Saints Catholic Church
Medical Treatment Release Form
Formulario de Consentimiento Para Tratamiento Médico

To Whom It May Concern:

As a parent/guardian, I do hereby authorize first aid/medical treatment of my child in the event of an emergency which may endanger his/her life, cause disfigurement, physical impairment, or undue discomfort if delayed. It is understood that efforts will be made to reach me as soon as reasonably possible.

A Quien Corresponda:

Como pariente/guardián, yo autorizo el tratamiento de primeros auxilios/médico para mi hija(a) en el caso eventual de una emergencia que pone en peligro su vida, causaría desfiguración, discapacidad física, o incomodidad excesiva si no es atendido oportunamente. Se entiende que harán esfuerzos para contactarme en cuanto sea razonablemente posible.

Name of child/Nombre de hijo(a): _____

Relationship to you/Parentesco: _____

Reason for which release is intended: (Religious Education classes & activities)/Razón del Consentimiento: (Clases y actividades de educación religiosa)

Address of child/Domicilio del niño(a): _____

Phone/Teléfono: _____ Emergency phone/Teléfono de Emergencia: _____

Cell/pager number/Número del Celular/Pager: _____

Family physician/Médico de la Familia: _____ Phone/Teléfono: _____

Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____

Please list allergies, medication, contact, or other pertinent comments:

Lista de alergias, medicamentos, contactos, u otros comentarios pertinentes:

Health insurance data/Datos del Seguro de Salud:

Company/Compañía: _____ Policy/Póliza #: _____

Group/Grupo #: _____ Contract/Contrato #: _____

This release form is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment under emergency circumstances in my absence. / Este formulario de consentimiento es completado y firmado de mi propia libre voluntad con el único propósito de autorizar tratamiento medico bajo circunstancias de emergencia en mi ausencia.

I certify that I am (check one) ___ custodial parent ___ legal guardian of the minor child named above, and I agree to the above terms for myself and for my minor child. / Yo certifico que soy (marquee el apropiado) ___ padre o madre con custodia legal ___ guardián legal del niño(a) menor de edad nombrado arriba, y estoy de acuerdo con los terminos para mí y para mi hijo que se mencionan arriba.

(Parent/guardian signature / Pariente o Guardián)

(Date/Fecha)