

## Consentimiento Médico de Emergencia

**ESTE DOCUMENTO DEBE SER COMPLETADO Y ENTREGADO AL LIDER DE PROGRAMA**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número Telefónico Celular del Estudiante (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número Telefónico Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número Telefónico Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Última vacuna antitetánica \_\_\_\_\_

Otras condiciones médicas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicación en uso (Incluya dosis y frecuencia) \_\_\_\_\_

Actual estado de salud \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



Hospital/Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Los participantes son alentados a traer una copia de su tarjeta de seguro médico.

### **AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DEL MENOR**

Yo, el abajo firmante, entiendo y reconozco que se harán esfuerzos razonables para contactar con los padres/tutores en caso de emergencia y, si es posible, antes de que se administre cualquier tratamiento médico. En caso de emergencia o si no se puede avisar a los padres, por medio de la presente doy permiso al Líder del Programa o al personal de WorldStrides para asegurar el tratamiento de mi hijo. Si es necesario, esto incluye contactar y comprometerse con proveedores de servicios médicos, que estarán autorizados a realizar los tratamientos que se consideren médicamente necesarios. Además, autorizo al personal de WorldStrides a tener acceso a los historiales médicos relacionados con cualquier tratamiento contemplado o recibido por mi hijo y a proporcionar dicha información, según sea necesario, a las compañías de seguros médicos. Entiendo que puedo ser responsable de todos los costos asociados a la prestación de servicios o tratamientos médicos de urgencia.

WorldStrides no es un proveedor de servicios médicos, y sus empleados no están capacitados para prestar atención o tratamiento médico, ni WorldStrides controla la selección, contratación, formación o supervisión del personal de ningún proveedor de servicios médicos, incluidos, entre otros, The George Washington University Medical Faculty Associates (GWMFA). El programa Médicos de guardia está gestionado de forma independiente por GWMFA y WorldStrides se exime de toda responsabilidad derivada de la prestación o no prestación de cualquier servicio o tratamiento médico, dental, quirúrgico, de enfermería o terapéutico, o del suministro o no suministro de fármacos, medicamentos, suministros o aparatos médicos o dentales, o de cualquier reclamación que usted pueda tener en relación con la selección, contratación, retención, formación, instrucción o supervisión de cualquier empleado, o de cualquier otra persona u organización que preste o deje de prestar dichos servicios.

WorldStrides no se hace responsable de las alergias, requisitos o restricciones alimentarias y no se responsabiliza de ningún problema relacionado con las mismas. Todas las cuestiones relacionadas con la comida y la bebida, incluidas alergias, requisitos y restricciones, son responsabilidad exclusiva del participante.

En caso de emergencia durante el viaje, el abajo firmante autoriza al responsable del programa o al acompañante a dispensar medicamentos sin receta médica.

Asimismo, el abajo firmante reconoce y entiende que WorldStrides no es un proveedor de servicios médicos, y por la presente exime a WorldStrides de toda responsabilidad relacionada con la prestación o no prestación de cualquier servicio médico.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor