

Formulario de Exención de Responsabilidad Médica

Se requieren firmas

INSTRUCCIONES: Debido a restricciones legales, es necesario que todos los delegados, padres / tutores, invitados y asesores de HOSA completen este formulario para ser elegible para asistir a la Conferencia de Liderazgo Estatal de HOSA. Este formulario debe devolverse al Asesor del de HOSA que hará una copia para sus archivos y proporcionará una copia a Utah HOSA si fuera pedido.

POR FAVOR ESCRIBA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE

Información del delegado

Nombre completo: _____ Escuela: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del Padre o encargado: _____

Teléfono del padre o encargado: _____ teléfono del trabajo: _____

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico: _____

Contacto de Emergencia Alternativo: _____ Relación con el contacto: _____

Número de teléfono: _____ teléfono del trabajo: _____

Está el estudiante cubierto por un grupo médico o seguro: Si _____ No _____

Si está cubierto, por favor llenar la siguiente información:

Nombre de la persona asegurada: _____ Compañía de seguro: _____

Número de seguro o grupo: _____ Número de póliza: _____

Describe completamente cualquier condición médica que pueda reaparecer o ser un factor en el tratamiento médico:

a) Alergias: _____

e) Impedimento físico: _____

b) Convulsiones: _____

f) Reacciones médicas: _____

c) Pérdida de conciencia: _____

g) Enfermedades de cualquier índole: _____

d) Problemas del corazón/pulmones: _____

h) otros (sea específico): _____

Si está tomando algún medicamento por favor provea la información siguiente:

Nombre del medicamento: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD. Certifico que la información descrita anteriormente es precisa y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cada individuo es responsable por su propia cobertura de seguro durante este viaje. Por la presente libero a la organización Nacional HOSA, las Asociaciones Estatales y Locales de HOSA y cualquier individuo designado en cargo del grupo HOSA o actividad específica de cualquier responsabilidad legal o financiera con respecto a mi persona, mi hijo o persona a mi cuidado el contacto con cualquier elemento conocido asociado con una actividad, incluida la competencia de eventos.

Padre/ TUTOR: Marque una de las siguientes opciones y firme con su nombre.

Doy mi permiso para el tratamiento médico inmediato según lo requiera la opinión del médico en función. Notifíqueme y / o a las personas mencionadas anteriormente lo antes posible.

No doy permiso para recibir tratamiento médico hasta que me hayan contactado.

Nombre del padre / tutor: _____ Relación: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

(Aplica para los participantes menores de 18 años y debe estar firmado por el padre o tutor legal).

Firma del delegado: _____

Firma del Asesor: _____