

Ciudad de Albuquerque Permiso Paternal / Autorización Médica y Formulario de Renuncia

Permiso Paternal: Para _____ (nombre de participante). Por este medio doy permiso a la Ciudad de Albuquerque para que mi niño/a participe en el programa Aprende a Nadar o el programa de Natación/Polo Acuático. Reconozco que algunos de los programas pueden estar fuera de la propiedad de la Ciudad y doy permiso para que mi niño/a participe en tales actividades.

Alta Médica: Yo autorizo a los empleados de la Ciudad a actuar en mi nombre si tratamiento médico es necesario. En el caso de enfermedad o, lesión a mi niño/a, yo autorizo a la Ciudad para obtener tratamiento médico para mi niño/a y autorizo a los servicios médicos deben preverse en virtud del seguro médico provisto a continuación, o si no, a expensas de la parte responsable identificado a continuación.

Responsabilidad Flaquear: Estoy de acuerdo en mantener no cargos en contra de la Ciudad de Albuquerque por cualquier lesión o problema de salud médica o de otro tipo mi niño/a pueda incurrir durante la participación en el programa tanto en como afuera de la propiedad. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos médicos relacionados con cualquier lesión o enfermedad. Estoy de acuerdo, además, que la Ciudad no será responsable del pago de los servicios médicos para mi niño y reconozco y acepto que cualquier seguro de la Ciudad que puede existir no cubre los gastos médicos por mi niño/a.

Información Médico: Seguro médico que proporciona cobertura de salud para mi niño/a se enumeran a continuación. La siguiente es una lista de todos los problemas médicos, alergías, medicamento que toma el y restricciones debido a la salud de mi hijo/a: _____

Mi hijo/a no puede tomar las siguientes medicaciones: _____

El médico de mi niño se llama: _____

Teléfono en el día: _____ Teléfono por la noche: _____

Hospital preferido: _____

“**Parte Responsable**” identifica quién es responsable por el pago de la atención médica para el niño/a.

Anotarse usted como el proveedor si no hay cobertura de seguro médico.

Parte Responsable: _____ Teléfono de su casa: _____

Relación al niño/a: _____ Teléfono de su trabajo/celular _____

Contactos de Atención Médica: Liste dos personas que la Ciudad puede contactar en el evento que el niño/a solicita atención médica o si la Ciudad determina que el niño necesita atención médica.

Nombre del Contacto: _____ Teléfono de la Casa: _____

Relación al niño/a: _____ Del Trabajo o Celular: _____

Nombre del Contacto: _____ Teléfono de la Casa: _____

Relación al niño/a: _____ Del Trabajo o Celular: _____

Autorización de liberación al niño: En el evento que mi niño exige atención médica, tal como se determina por la Ciudad o es solicitado por el niño, yo autorizo a la Ciudad para liberar mi niño a la custodia de cualquiera de las personas citadas en este documento como la atención médica.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Witnessed by City Staff: _____ Date: _____