

# 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: \_\_\_\_\_