

Texas State University
Autorización para tratamientos médicos para menores de edad

Yo, _____, el _____ de _____
(nombre del padre/tutor legal) (relación con el niño) (nombre del niño en letra de molde)

autorizo al menor arriba mencionado a utilizar el transporte proporcionado por la Texas State University y a participar en esta actividad organizada/patrocinada por Texas State University. El menor de edad tiene mi permiso para participar en todas las actividades relacionadas a este evento.

También doy permiso a un representante autorizado de Texas State University para que proporcione la atención médica que el menor antes mencionado pueda necesitar. También se concede tratamiento de urgencia, es decir, tratamiento en caso de enfermedad o lesión grave o necesidad de hospitalización y/o cirugía de alta complejidad. El representante de Texas State hará todos los esfuerzos razonables para ponerse en contacto con los nombres de referencia de emergencia aquí indicados. Sin embargo, la imposibilidad de realizar tales esfuerzos no debe impedir que el representante proporcione el tratamiento médico y/o de emergencia que pueda ser necesario para el mejor interés de la vida del menor anteriormente mencionado. Además, entiendo y acepto que Texas State University no es responsable, financieramente o de otra manera, de ningún costo incurrido como resultado de dicho tratamiento médico y/o de emergencia proporcionado al menor mencionado anteriormente.

En consideración por proporcionar o asegurar el cuidado o tratamiento médico al menor anteriormente mencionado, yo, individualmente y como padre/tutor del menor anteriormente mencionado, libero, exonero y acepto no demandar a ninguno de los exonerados por cualquier reclamo, demanda, acción y causa de acción de cualquier naturaleza, incluyendo entre otros cualquier reclamo por negligencia, que surja del cuidado o tratamiento médico proporcionado o asegurado para el menor anteriormente mencionado.

LA EXONERACIÓN, RENUNCIA Y COMPROMISO DE NO DEMANDAR ESTABLECIDOS AQUÍ ESTÁN ESPECÍFICAMENTE DESTINADOS A INCLUIR RECLAMACIONES CAUSADAS, O SUPUESTAMENTE CAUSADAS, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, POR LA NEGLIGENCIA PROPIA DE LOS EXONERADOS al proporcionar o asegurar atención médica o tratamiento al menor anteriormente mencionado.

Por favor complete la sección a continuación.

Nombre de la compañía de seguro: _____ Póliza # _____

Nombre del médico familiar: _____ Teléfono # _____

En caso de emergencia, contacte a _____

de trabajo _____ # de casa _____ Relación con el menor _____

Contacto secundario _____

de trabajo _____ # de casa _____ Relación con el menor _____

Nombre en letra de molde (padre o tutor legal)

Fecha _____

Firma (padre o tutor legal)