



Autorización de Padres de Familia

Bresee ID # _____

184 S. Bimini Place, Los Angeles, CA 9004 • ph: (213) 387-2822 • fax: (213) 385-8482 • web: www.bresee.org

deletrear nombre: _____

deletrear nombre: _____

Padre, Madre, o Guardián Legal (en este documento “Padre”)

Menor (en este documento “Menor”)

La **Fundación P. F. Bresee** (en este documento “Fundación”) opera un programa voluntario conocido en Inglés como *drop-in center* para jóvenes de 11 a 20 años.

Permiso para Participar:

El Padre del Menor ha confiado dicho Menor al cuidado de la Fundación, mientras el Menor participe en programas, actividades, eventos, transportación, o servicios patrocinados por la Fundación.

Al firmar esta forma, el Padre 1) otorga permiso para que el Menor participe en el programa de desarrollo de jóvenes de la Fundación; 2) autoriza al personal de la misma Fundación a buscar tratamiento médico para el Menor en caso de una situación de emergencia; y 3) acuerda renunciar a cualquier derecho, causa o acción legal en contra de la Fundación, su personal, voluntarios, oficiales, o miembros de la Junta, que se diera lugar como resultado de la participación del Menor en el programa de desarrollo de jóvenes de la Fundación.

Tratamiento Médico del Menor:

El Padre por este medio otorga a la Fundación su consentimiento para cualquier toma de Rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y cuidado de hospital que se considere aconsejable y que sea proveído bajo la supervisión general o especial de un doctor o cirujano licenciado bajo las leyes del Estado en el cual se provea el cuidado médico y/o el personal médico de cualquier hospital; y/o su consentimiento a cualquier toma de Raxos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico a dar al Menor por cualquier dentista licenciado bajo las leyes del Estado en el cual este servicio dental sea suministrado.

Queda entendido que esta autorización para la toma de Rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o de cirugía, y cuidado de hospital que sea requerido, se da por adelantado para proveer autoridad y poder por parte de la Fundación para dar consentimiento específico para cualquiera de estos procedimientos o tratamientos que el médico, cirujano, o dentista mencionado arriba, en su mejor juicio, considere necesario.

Por este medio, el Padre autoriza que cualquier hospital que haya proveído tratamiento al Menor ceda la custodia del Menor a un representante de la Fundación al terminar el tratamiento. El Padre por este medio accede a pagar todos los costos monetarios del cuidado médico o dental que la Fundación haya incurrido en beneficio del Menor bajo esta autorización.

Teléfono de Emergencia **durante el día** donde el Padre puede ser localizado: __ (____) _____ - _____

Teléfono de Emergencia **por la noche** donde el Padre puede ser localizado: __ (____) _____ - _____

Dirección del Padre: _____

Condiciones Médicas del Menor y Medicamentos que toma: _____

Tiene Seguro Médico el Menor? SI NO En caso de SI, el nombre del Seguro: _____

Nombre del Doctor y/o la Clínica a donde el Padre lleva al Menor: _____

Dirección: _____ Tel: __ (____) _____ - _____

Renuncia de Responsabilidad:

El abajo Padre firmante por este medio renuncia a todos los derechos, acciones, reclamos o recursos que el Padre pueda tener en contra de la Fundación, su personal, voluntarios, oficiales, y miembros de la Junta, de cualquier daño o perjuicio que pueda ser incurrido por la participación del Menor en cualquier programa, actividad, evento, transportación o servicios patrocinados por la Fundación. Al añadir su firma abajo, el Padre declara que el Padre ha leído esta *Autorización de Padres* y el Padre está de acuerdo con sus términos.

Terminación:

Esta autorización se mantendrá en efecto por el tiempo que el Menor participe en los programas, actividades, eventos, transportación o servicios de la Fundación, a menos que sea revocada por escrito y enviada a la Fundación.

Firma del Padre _____

Fecha: _____