



Episcopal Youth Event 2023 Información médica y de salud personal / Autorización

Este Acuerdo y Exoneración es entre _____
("PARTICIPANTE") y La Sociedad Misionera Doméstica y Extranjera ("DFMS") con respecto a la participación del Participante en el Evento Episcopal de la Juventud 2023. en el Evento Episcopal de la Juventud 2023.

En caso de accidente o enfermedad grave, por la presente autorizo al Oficial de Personal o a un miembro del personal del evento a obtener tratamiento médico para el Participante. Por la presente eximo de responsabilidad y acepto indemnizar a la DFMS por cualquier reclamación, causa de acción, daño y/o responsabilidad, que surja o resulte de dicho tratamiento médico. Además, estoy de acuerdo en aceptar la plena responsabilidad de todos y cada uno de los gastos, incluidos los gastos médicos que puedan derivarse de cualquier lesión del Participante que pueda ocurrir durante su participación en el Evento.

Si no se me puede localizar por teléfono, el Oficial de Personal o uno de los miembros del personal de la conferencia tiene mi permiso para autorizar el tratamiento médico del Participante. Esta autorización incluye la obtención de tratamiento médico, dental, de emergencia u hospitalario, incluyendo cirugía, radiografías, medicamentos y anestesia. Por la presente certifico que he leído y entiendo perfectamente la autorización arriba mencionada para tratamiento médico. Acepto toda responsabilidad financiera por el mismo. También certifico que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse.

Al marcar esta casilla, acepto que mi nombre escrito a máquina se considere mi firma y aceptación de estas condiciones.

--	--

Firma y fecha del padre/tutor 1

--	--

Firma y fecha del padre/tutor 2

--

Número de teléfono móvil/domicilio

--

Número de teléfono móvil/domicilio

¿Tiene el participante seguro médico/de accidentes? (marque uno) SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, envíe a su registrador una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro del participante. Si el participante no tiene seguro médico, estará cubierto por la DFMS para este evento.

Compañía de seguros:	Número de grupo:
Titular de la póliza Nombre:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Número de identificación del afiliado:	

- I certify that Participant is up-to-date on childhood vaccines and their Covid vaccination (Initial round + booster, as eligible). Please send a copy of Participant's Covid vaccine card to your delegation registrar.

Fecha de la última vacuna del tetanus:	
--	--

<i>Firma:</i>	<i>Relación con el participante</i>

El Oficial de Personal o el personal del evento disponen de suministros de primeros auxilios menores. Si el participante se pone enfermo o sufre una lesión menor², debemos contar con la autorización de los padres para dispensarle medicamentos. A continuación figura una lista de medicamentos comunes de venta libre. Al marcar esta casilla, autorizo a que se administren los siguientes medicamentos al Participante en caso de necesidad. Indemnizaré y mantendré indemne al personal y a todos los funcionarios, directores, empleados y agentes contra cualquier reclamación que pueda surgir en relación con la administración de estos medicamentos de venta libre.

Los siguientes medicamentos de venta libre pueden ser administrados (marque todos los que correspondan):

- Protector solar
- Repelente de insectos
- Pomadas para el cuidado de heridas leves o primeros auxilios según las indicaciones, incluidos antisépticos, antipicoros, antibióticos, quemaduras solares.
- Tylenol/Acetaminofeno según las indicaciones.
- Ibuprofeno según las indicaciones.
- Pastillas para la garganta y/o spray según indicación para el dolor de garganta.
- Pomada de hidrocortisona según las indicaciones para irritaciones leves de la piel, erupciones, picaduras de insectos.
- Polvos medicinales para irritaciones cutáneas, según las indicaciones.
- Pomada labial medicamentosa para labios secos y agrietados, ampollas labiales o aftas, según las indicaciones.
- Kaopectate o Imodium para la diarrea según las indicaciones.
- Leche de Magnesia, Pepto-Bismol o Mylanta para el malestar estomacal o las náuseas, según las indicaciones.
- Rolaids o Tums para el reflujo ácido, ardor de estómago o indigestión, según las indicaciones.
- Benadryl para la hinchazón, urticaria, reacción alérgica según las indicaciones.
- Actifed o Sudafed según las indicaciones para la congestión nasal o el alivio de alergias según las indicaciones.
- Visine u otras gotas para los ojos en caso de irritación ocular leve.
- Robitussin u otro jarabe para la tos según las indicaciones.

¿Padece el participante alguna enfermedad que el personal deba conocer? Sí NO

Facilite todos los datos pertinentes.

¿Tiene el participante antecedentes de alergias o reacciones a alimentos, medicamentos, picaduras de insectos o plantas?

SÍ NO

Facilite todos los datos pertinentes.

Marque aquí para indicar que el participante llevará un inhalador.

Marque aquí para indicar que el participante llevará un Epi-pen.

¿Tiene el participante diabetes insulino dependiente? SÍ NO **Facilite todos los datos pertinentes.**

¿Lleva el participante por sí solo el recuento de carbohidratos y la dosificación de insulina? SÍ NO

¿Desde cuándo tiene diabetes el participante? _____

¿Toma el participante algún medicamento con receta?

Por favor, rellene esta sección de forma precisa y completa. Enumere todos los medicamentos y tratamientos recetados al Participante, incluyendo: lociones, cremas, inhaladores, líquidos, medicamentos para la alergia, medicamentos para el resfriado, inyecciones y medicamentos recetados temporalmente, incluyendo todos los medicamentos de venta libre, suplementos vitamínicos/minerales, hierbas, remedios homeopáticos y otros tratamientos. Los medicamentos recetados deben estar en su envase original.

Si se producen cambios en el estado de salud y/o en la medicación y éstos difieren de lo indicado en

Nombre del Medicamento	Dosificación	Hora(s)	Comentarios/Instrucciones <i>(Tomar con agua, disolver el comprimido, etc.)</i>