



Consentimiento Medico de Adultos - Idlewild
Para ser llenado por participantes de 18 años de edad en adelante.

Nombre: _____ Contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono(s): _____

Información de seguro médico:

Compañía: _____ Tipo de póliza: _____

Teléfono: _____ No. Póliza: _____

Los participantes del Proyecto (además de los U.S.) deben tener seguro médico con cobertura fuera de los EUA.

Información médica

Enumere todas las medicinas con receta que Ud. necesita llevar al viaje:

Explique qué condición(es) médica(s) tiene:

Fecha de su última vacuna del tétanos (refuerzo cada 10 años) _____

Fecha de Inoculación de Hepatitis A (NO es obligatorio, pero es recomendable): _____

Enumere cualquier incapacidad médica o limitaciones: _____

Enumere reacciones alérgicas: _____

Describa su historia médica en el último año: _____

¿Ha tenido episodio de desmayo? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Porqué? _____

¿Tiene algún desorden alimenticio? _____ Si es afirmativo, ¿ha recibido consejería? _____

Para ser llenado por doctor de cabecera

(Para ser llenado por su doctor, si Ud. está bajo el cuidado de un doctor por cualquier condición médica o recibe prescripción médica.)

He examinado a _____ y lo(a) encuentro(a) en buena condición física general, el participante está físicamente capacitado para participar en el viaje de misiones a _____ del (fecha) _____ a _____.

Firma del doctor : _____ Fecha: _____

Liberación y exención de responsabilidad

En caso de quedar inconsciente o quedar incapacitado para pedir asistencia médica como resultado de alguna enfermedad, herida o accidente que requiera atención médica.. YO _____ AUTORIZO a la Iglesia Bautista Idlewild, sus agentes, oficiales, voluntarios, directores, empleados, afiliados todos y cada uno que representa a Idlewild colectivamente; así como a los profesionales de cuidado de atención médica (definidos incluyendo, pero no limitado a las enfermeras registradas, enfermeras prácticas licenciadas, asistentes de doctores, doctores y paramédicos) a proveer tratamiento médico para: hospitalizar, anestesiar, o realizar una cirugía a mi persona como consideren necesario. Yo, el abajo firmante, dejo libre de obligación y acuerdo no entablar demanda contra Idlewild por ningún o cualquier reclamo, litigio, indemnización responsabilidad, deuda o gasto como resultado del tratamiento de cualquier enfermedad, lesión o pérdida incurrida durante la participación del viaje incluso que ocurra alguna enfermedad, lesión o accidente o muerte como producto de negligencia de Idlewild o de cualquier personal de cuidado de la salud.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Estado de _____, Condado de _____. Suscrito y jurado ante mí el _____ día del _____, 20_____.

Firma del notario público: _____ Mi cargo expira: _____