



2018-2019

AUTHORIZATION OF CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR

NAME OF MINOR: _____

I AUTHORIZE any adult staff of the Educational Talent Search Program to consent to medical treatment of such minor when I cannot be contacted to consent; such medical treatment to include, without limitation, x-ray examination, anesthetic, medical, dental or surgical examination or treatment and general hospital care. No prior determination of life-threatening emergency or danger of serious or permanent injury resulting from delay of treatment need to be made under this authorization.

I SPECIFICALLY CERTIFY AND AGREE THAT:

Except as indicated at the end of this paragraph, this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of the Adult to give specific consent to any and all such examinations, treatment and/or hospital care.

EXCEPTION(S): _____

The possession of this Authorization by the Adult is evidence that he/she has care and control of such minor and that I cannot be contacted.

I will indemnify and hold harmless from any expenses or claims of any nature any entity which provides or causes to be provided examination, treatment or hospital care pursuant to this Authorization (except to the extent such entity is negligent therein) and conditionally agree to make or cause to be made, by assignment of third party benefits or otherwise, full and complete payment for such examination, treatment or hospital care.

I am the person having the power to consent to medical treatment of such minor.

This Authorization shall remain effective for the duration of the 2018-2019 program year, September 1, 2018-August 31, 2019, unless sooner revoked by the physical destruction of the original hereof, such destruction being the only method of actual notice of the revocation of same.

All blanks of this Authorization were filled in before I signed this Authorization:

Signature of Parent/Guardian: _____

Date: _____



University of Houston-Downtown
Educational Talent Search Program

2018-2019

MEDICAL HISTORY

(Please Print or Type)

Name of Minor: _____ Date of Birth: _____

Allergies: _____

Medications taken by Minor: _____

****Please make sure that the minor brings any needed medication with them on EVERY trip.***

Date of Last Tetanus Shot: _____

Insurance Company or Group: _____

Policy Number: _____

Parent or Guardian Name(s): _____

Parent/Guardian Address: _____

Parent/Guardian Mobile Phone#: _____ Work Phone#: _____

Family Physician Name: _____ Phone#: _____

Name of Emergency Contact if Parent/Guardian are not reachable: _____

Emergency Contact's Phone#: _____ Relationship to Minor: _____

Signature of Parent or Guardian: _____

Date: _____

2018-2019

AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Nombre Del Menor: _____

AUTORIZO a cualquier personal adulto del Programa de Búsqueda de Talento Educativo a consentir el tratamiento médico de tal menor cuando no se puede contactar para consentir; tal tratamiento médico incluye, sin limitación, examen de rayos x, anestesia, examen o tratamiento médico, dental o quirúrgico y atención hospitalaria general. Ninguna determinación previa de una emergencia que pone en peligro la vida o peligro de lesión grave o permanente como resultado del retraso en el tratamiento debe hacerse bajo esta autorización.

CERTIFICO Y ACEPTO ESPECÍFICAMENTE QUE:

Excepto como se indica al final de este párrafo, esta autorización se da con antelación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención hospitalaria que se requiera, pero se da para proporcionar autoridad y poder por parte del Adulto para dar consentimiento específico a cualquiera y todos los exámenes, tratamiento y/o atención hospitalaria.

EXCEPCIÓN(ES): _____

La posesión de esta Autorización por el Adulto es evidencia de que él/ella tiene cuidado y control de tal menor y que no puedo ser contactado.

Indemnizaré y eximiré de cualquier gasto o reclamación de cualquier naturaleza o cualquier entidad que proporcione o haga que se le proporcione un examen, tratamiento o atención hospitalaria conforme a esta Autorización (excepto en la medida en que dicha entidad sea negligente) y condicionalmente acepto hacer o por medio de la cesión de beneficios de terceros o de otro modo, el pago complete de dicho examen, tratamiento o atención hospitalaria.

Soy la persona que tiene el poder de consentir el tratamiento médico de tal menor.

Esta Autorización permanecerá vigente durante el año del programa 2018-2019, del 1 de septiembre de 2018 al 31 de agosto de 2019, a menos que sea más pronto revocada por la destrucción física del original del documento, siendo dicha destrucción el único método de notificación efectiva de la revocación de la misma.

Todos los espacios en blanco de esta Autorización fueron llenados antes de firmar esta Autorización:

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____



2018-2019

HISTORIAL MÉDICO

(Por Favor use letra de imprenta)

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: _____

Medicaciones tomada por el Menor: _____

*** Por favor asegúrese de que el menor traiga cualquier medicamento necesario con ellos en CADA viaje.**

Fecha de la última vacunación contra el tétanos: _____

Compañía o Grupo de Seguros: _____

Número de póliza: _____

Nombre(s) del Padre o Tutor: _____

Dirección del Padre/Tutor: _____

Teléfono Móvil del Padre/Tutor: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del médico de familia: _____ Teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia si el padre/tutor no es accesible: _____

Teléfono de Contacto de Emergencia: _____ Relación con el menor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____