

CONSENTIMIENTO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL CENTRO DE APOYO DE HERMANOS

Yo, _____, padre y/o representante legal del menor de edad de nombre _____, por medio de la presente, autorizo al Hospital y el Sistema de Salud Cook Children's (Cook Children's Health Care System), al igual que a sus administradores, directores, representantes, empleados, agentes, voluntarios y personal médico, a:

1. Tomar, usar y/o diseminar mi foto o la de mi hijo/a para comunicados de prensa, información pública, capacitación, o cualquier exhibición a través de cualquier medio de comunicación mediático según se considere apropiado por los empleados, agentes o representantes del Cook Children's Health Care System. Entiendo que no tendré derecho a ninguna compensación económica proveniente de tal acción;
2. Que mi hijo/a use las instalaciones del CENTRO DE APOYO PARA HERMANOS por un máximo de noventa (90) minutos y participe en las actividades de dicho centro;
3. Proveerle a mi hijo/a **cualquier tratamiento médico que no sea de carácter urgente y que se considere necesario mientras esté en el Centro de Apoyo para Hermanos. En caso de una emergencia o situación médica en la que el Centro de Apoyo para Hermanos no pueda proveer tratamiento médico**, doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea transportado/a a la sala de urgencias. En particular, doy mi consentimiento para que se le administre medicina o se le realice a mi hijo/a cualquier examen, radiografía o prueba de laboratorio; o se le haga una infusión o transfusión sanguínea, o se le dé anestesia o cualquier otro tratamiento médico o quirúrgico que se requiera hasta que se me notifique y yo pueda dar mi consentimiento en persona. Acepto asumir la responsabilidad financiera de los costos de la atención médica, ya sea a través del seguro de salud de mi hijo/a o de manera particular como garante; y
4. Compartir la información médica de mi hijo/a con el equipo médico responsable de proporcionar los cuidados necesarios a mi hijo/a con el fin de facilitar tal atención según lo requiera el estado de salud y/o condición física de mi hijo/a.

Por medio de este documento libero al COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM, así como a sus administradores, directores, representantes, empleados, agentes, voluntarios y personal médico, de cualquier reclamo por lesión personal, o daños a propiedad privada, u otro daño de cualquier naturaleza que pueda surgir como resultado de mi visita o la de mi hijo/a al CENTRO DE APOYO PARA HERMANOS. Además, me abstendré de instituir o presentar cualquier reclamo, demanda, o acción como resultado del uso de las instalaciones del CENTRO DE APOYO HERMANOS por parte mía o la de mi hijo/a. Adicionalmente, por la presente acepto indemnizar, defender y mantener como inocente a COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM, sus fideicomisarios, directores, oficiales, empleados, agentes, voluntarios y personal médico de toda responsabilidad provenientes de lesiones personales de cualquier tipo, incluyendo enfermedad, muerte, o daño a propiedad privada, que emane de la participación y visita de mi hijo/a al Centro de Apoyo para Hermanos.

ENTIENDO QUE ESTE DOCUMENTO REPRESENTA UN CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN LEGAL DE RESPONSABILIDAD. DECLARO ADEMÁS QUE MI HIJO/A ESTÁ ENTRE LOS TRES (3) Y ONCE (11) AÑOS DE EDAD. Entiendo que mi hijo/a solo puede permanecer en el CENTRO DE APOYO PARA HERMANOS por un máximo de noventa (90) minutos. Estoy de acuerdo en no alejarme de las instalaciones COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM mientras que mi hijo/a permanezca en el CENTRO DE APOYO PARA HERMANOS.

He leído este formulario detenidamente y se le han dado respuesta a mis preguntas antes de firmar.

Nombre impreso del paciente/padre o representante legalmente autorizado	Relación
Firma del paciente/padre o representante legalmente autorizado	Fecha
	Hora



Centro de Apoyo para Hermanos Formulario de Registro

HORA DE LLEGADA: _____ HORA DE SALIDA: _____

NOMBRE DEL HERMANO/A _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
EDAD _____ SEXO _____

ALERGIAS U OTRA INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE _____

NOMBRE DEL HERMANO/A _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
EDAD _____ SEXO _____

ALERGIAS U OTRA INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NOMBRE DEL PADRE O GUARDIÁN _____

DIRECCIÓN _____
(Si es diferente a la anterior)

NÚMERO TELEFÓNICO (a donde lo podamos localizar mientras su niño/a esté en el Centro de Apoyo para Hermanos): _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ DL/ID# _____

NÚMERO TELEFÓNICO DE EMERGENCIA _____

EL PERSONAL DEL CENTRO PUEDE ENTREGAR A MI NIÑO/A A MÍ Y/O A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

NOMBRE: _____ NÚMERO TELEFÓNICO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE Y DEPARTAMENTOS QUE VISITARÁN HOY : _____

Acepto y confirmo que:

- Mi hijo tiene entre 3 a 11 años y puede ir al baño por sí solo.
- Dejaré a mi hijo por un máximo de 90 minutos.
- No me iré del hospital mientras que mi hijo esté en el centro.
- Entiendo que el Centro de Apoyo para Hermanos no acepta citas y que los servicios podrían no estar disponibles a mi llegada.
- CONCUERDO – O NO – con que la información de mi hijo sea compartida con otros programas de apoyo para hermanos. (marque uno)

Nombre del paciente/padre o representante legal autorizado

Relación

Firma del paciente/padre o representante legal autorizado

Fecha

Hora