

**First Presbyterian Church of Santa Ana
MEDICAL, PERMISSION, & LIABILITY FORM**

Student Information

Name: _____ Sex: M F Age: _____ Birthdate: _____
Address: _____ City & Zip: _____
Student's Email : _____
Cell Phone: _____ Home Phone: _____

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian Name: _____
Address (if different from student's): _____
Cell Phone: _____ Parent's Email: _____

Medical Information

Medical Insurance Carriers Name: _____ Phone # _____
Policy Holder's Name: _____ Policy or Group # _____
Physician Name: _____ Phone # _____
Health History (please list all allergies, medications, or existing health concerns): _____

Emergency Contact: _____ Relationship: _____
Phone Numbers: _____

Authorization

I understand that I am responsible for complete medical charges should illness/injury occur. To the best of my knowledge all history is correct. Realizing that the church has insurance to cover this outing, I, nonetheless, agree to relieve the FPCSA, The Presbytery of Los Ranchos, and any of the officers, agents or employees from any liability in connection with this request so long as due diligence is exercised.

Should any illness or accident occur to him/her, I will not hold First Presbyterian Church of Santa Ana, its officers or leaders liable for medical aid rendered and will reimburse First Presbyterian Church of Santa Ana for medical expenses and other expenses incurred in the care of my child. It is my understanding that the transportation to and from the activity will be by means of automobile and that my son/daughter will be under the supervision of the leaders of the church attending the event and Xander Montes, Director of Youth Intergration at FPCSA. Signing this form also serves as a permission to participate in on-campus, as well as off-campus events.

_____ My child **MAY** receive first aid. He/She MAY receive medical attention by a licensed physician. He/She may be admitted to a hospital in case of emergency. Parents will be contacted immediately, if possible.

_____ My child **MAY NOT** receive first aid, medical attention or be admitted to a hospital without my knowledge.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana
FORMULARIO DE MÉDICO, PERMISO Y RESPONSABILIDAD

Información del estudiante

Nombre: _____ Sexo: M F Años: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad & Código postal: _____

Email del estudiante: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono de casa: _____

Información del Padre / Tutor

Nombre del Padre / Guardián: _____

Dirección (si es diferente a la del estudiante): _____

Teléfono móvil: _____ Email del Padre / Guardián: _____

Información médica

Nombre de los aseguradores médicos: _____ Teléfono # _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Política o Grupo # _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono # _____

Historia de la salud (por favor liste todas las alergias, medicamentos o problemas de salud existentes):

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Números de teléfono: _____

Autorización

Entiendo que soy responsable de los gastos médicos completos en caso de enfermedad o lesión. A lo mejor de mi conocimiento toda la historia es correcta. Dado que la iglesia tiene seguro para cubrir esta excursión, yo, sin embargo, estoy de acuerdo en relevar a la FPCSA, al Presbiterio de Los Ranchos ya cualquiera de los oficiales, agentes o empleados de cualquier responsabilidad relacionada con esta solicitud, siempre y cuando la debida diligencia sea Ejercido.

En caso de que ocurra alguna enfermedad o accidente, no mantendré a la Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana, sus oficiales o jefes responsables por la asistencia médica prestada y le reembolsaré a la Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana por los gastos médicos y otros gastos incurridos en el cuidado De mi hijo. Entiendo que el transporte hacia y desde la actividad será por medio del automóvil y que mi hijo / hija estará bajo la supervisión de los líderes de la iglesia asistiendo al evento y Xander Montes, Director of Youth Intergration at FPCSA. Firmar este formulario también sirve como permiso para participar en eventos en el campus, así como fuera del campus.

_____ Mi hijo PUEDE recibir primeros auxilios. Él / Ella PUEDE recibir atención médica por un médico con licencia. El ella Pueden ser admitidos en un hospital en caso de emergencia. Los padres serán contactados inmediatamente, si es posible.

_____ Mi hijo NO PUEDE recibir primeros auxilios, atención médica o ser admitido en un hospital sin mi conocimiento.

Firma del Padre / Tutor Legal

Fecha