

# TAMARACK CROSS COUNTRY SKI CENTER



## AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES TAMARACK GLIDERS/AVALANCHE



### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR DE EDAD

NOSOTROS, \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_  
PADRE(S) O GUARDIAN(ES) LEGAL(ES) DE \_\_\_\_\_, QUIEN ES  
MENOR DE EDAD, LO PONEMOS BAJO EL CUIDADO DE UN ADULTO LLAMADO  
(ENTRENADOR) \_\_\_\_\_ (ENTRENADOR) \_\_\_\_\_, O (ENTRENADOR)  
\_\_\_\_\_. NO OBSTANTE, DICHO ENCARGO SÓLO TENDRÁ VIGENCIA DESDE  
EL 1 DE NOVIEMBRE, 2007 HASTA EL 31 DE OCTUBRE, 2008, DURANTE AQUELLOS PERÍODOS  
EN QUE EL MENOR DE EDAD MENCIONADO ANTERIORMENTE ESTÉ PARTICIPANDO EN  
SESIONES DE ENTRENAMIENTO O ACTUANDO COMO MIEMBRO DE LOS TAMARACK  
GLIDERS.

BAJO TAL CONDICIÓN, AUTORIZAMOS A DICHO ADULTO A CARGO PARA CONSENTIR A LA  
REALIZACIÓN DE CUALQUIER EXAMEN RADIOGRÁFICO, ANESTÉSIA, DIAGNÓSTICO O  
TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRICO, Y ATENCIÓN HOSPITALITARIA A SER ADMINISTRADA  
A DICHO MENOR DE EDAD BAJO LA SUPERVISIÓN GENERAL O ESPECIAL Y SEGÚN EL  
CONSEJO DE UN MÉDICO LICENCIADO, BAJO LAS DISPOSICIONES DEL ACTA DE LA  
PRÁCTICA DE MEDICINA; O A CONSENTIR A LA REALIZACIÓN DE CUALQUIER EXAMEN  
RADIOGRÁFICO, ANESTÉTICO, DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DENTAL O QUIRÚGICO, Y  
ATENCIÓN HOSPITALITARIA A SER ADMINISTRADA A DICHO MENOR DE EDAD POR UN  
DENTISTA LICENCIADO, BAJO LAS DISPOSICIONES DEL ACTA DE LA PRÁCTICA DE  
ATENCIÓN DENTAL. EN CUALQUIER OCASIÓN EN QUE SEA DADO DICHO CONSENTIMIENTO  
A CUALQUIER ATENCIÓN MÉDICA O DENTAL, ESTA DEBE SER CONSIDERADA DENTRO DE  
LAS DISPOSICIONES Y LIMITACIONES ANTERIORES, BAJO LOS MISMOS TIPOS DE  
CIRCUNSTANCIAS, CON ABSOLUTA DISCRECIÓN, Y EN EL CURSO DEL MISMO TIPO DE  
DELIBERACIONES RESPONSABLES QUE HABRÍAMOS REALIZADO NOSOTROS COMO PADRES  
O GUARDIANES LEGALES DE TAL MENOR DE EDAD.

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO/DE ACCIDENTES:

\_\_\_\_\_

NÚMERO DE PÓLIZA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE /GUARDIAN LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE SU TARJETA DE  
SEGURO MÉDICO Y/O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.**

***POR FAVOR, TOME EN CUENTA QUE SU SOLICITUD NO SERÁ PROCESADA SI FALTA  
CUALQUIERA DE LOS FORMULARIOS Y/O DOCUMENTOS REQUERIDOS.***