

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

A: Riverwood Therapeutic Riding Center, Inc.

De: (Nombre del Cliente)

En el caso de una emergencia médica debido a una enfermedad, lesión o situación inconsciente que ocurra en el la propiedad de RiverwoodTherapeutic Riding Center, Inc., el que abajo firma autoriza a Riverwood Therapeutic Riding Center, Inc., si no puede comunicarse con la persona de contacto, para obtener el tratamiento médico y el transporte si es necesario, y para divulgarles a la persona autorizada o agencia involucrada en el tratamiento médico de emergencia, si lo piden, todos los registros personales del cliente que abajo firma que estén en la posesión de Riverwood Therapeutic Riding Center, Inc. Una emergencia médica será una situación en la que el cliente está inconsciente, enfermo o lesionado, cuando las circunstancias razonablemente evidente requieren decisiones rápidas y acciones en atención médica, y cuando la necesidad inmediata de tratamiento de salud médica es tan razonablemente evidente que cualquier retraso en la prestación del tratamiento fuera a seriamente a empeorar la condición física o poner en peligro la vida del cliente.

DATOS PERTINENTES (Cliente debe llenar):

Nombre del cliente: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

PERSONAS de CONTACTO: _____

Nombre del médico _____

Centro de atención médica preferido: _____

Compañía de seguro médico _____ Número del póliza: _____

Plan de Consentimiento

If the client, due to injury or if a minor, is unable to give consent, and if the contact person(s) named above cannot be reached immediately by phone, then and in such event this medical authorization form may be used by Riverwood Therapeutic Riding Center, Inc.

The undersigned further states that he/she has read, understands, and voluntarily agrees to execute this form giving informed consent and authorization as stated above.

Firma del cliente (si es adulto): _____ Fecha: _____

Firma del padre (si cliente es menor de edad) _____ Fecha _____

Plan de No Consentimiento

No doy mi consentimiento para tratamiento o ayuda médica de emergencia, en caso de enfermedad o accidente durante el proceso de recepción de los servicios, o cuando presente en la propiedad de Riverwood Therapeutic Riding Center.

➤ Un padre o el guardián legal permanecerá en el sitio en todo momento durante las actividades equinas asistidas.

Firme Aquí Solamente Si No Consiente

Firma del cliente (si es adulto) _____ - Fecha _____

Firma del padre (si cliente es menor de edad) _____ Fecha _____