

Consent for Charity Care

I, _____, acknowledge that the physician or health care worker is a volunteer health care provider, and is not conducting a physical exam or medical screening in expectation of compensation. I also understand that as a volunteer health care provider, the physician or health care worker is immune from civil liability for any act or omission resulting in death, damage, or injury as long as the volunteer acts in good faith and in the scope of his or her duties in providing the health care services.

Parent or guardian signature

Date

Consiento Previo de Asistencia Médico voluntario

Por medio de la presente, yo, _____ hago constar que el médico o individuo que proporcione servicio de salud es un voluntario y que no proporcione servicio tal y como un examen médico o una evaluación en esperanza de ser compensado. Por lo anterior, entiendo que uno que proporcione servicio médico o de salud como voluntario es inmune de litigio civil por cual quiere acto u omisión que resulte en la muerte, daños o heridos en cuanto al médico voluntario actúe en buena fe y dentro de la visión profesional de sus quehaceres en proporcionar servicios médicos.

Firma del padre de familia o guardiana del alumno

Fecha