



**CONSENT TO MEDICAL TREATMENT AND
WAIVER OF LIABILITY (VISITORS)
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y
RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD (VISITANTES)**

_____, being an authorized visitor under the Extended Family Visitor program or other authorized program of the Department of Corrections, being eighteen (18) years of age or older, do hereby give my consent and authorize a Department health care provider to provide emergency medical treatment/first aid, or other non-definitive primary care as may be necessary to prevent pain, suffering, or prevent imminent threat to my life, limb or on the following minor(s) as a result of an emergency situation.

_____, *Siendo un visitante autorizado bajo el programa de visita familiar extendida u otro programa autorizado del Departamento de Correcciones, siendo mayor de dieciocho (18) años de edad, por medio de esta doy mi consentimiento y autorizo a un proveedor de salud del Departamento médico a proporcionar tratamiento médico de emergencia y primeros auxilios, u otra atención médica no-definitiva cuando pueda ser necesaria para evitar el dolor, sufrimiento, o para prevenir una amenaza inminente a mi vida, extremidades o en los siguientes menores de edad como resultado de una situación de emergencia.*

I have the authority to make medical decisions for the minor(s) listed below:
Tengo la autoridad para tomar decisiones médicas por el menor(es) que se enumeran a continuación:

Minor(s) name/Nombre del menor(es)	Date of birth/Fecha de nacimiento

I hereby do waive, relinquish, and release any and all claims, demands, or causes of action which may arise against the State of Washington, Department of Corrections, the attending health care provider and all officers, employees, and contract staff of the Department accruing directly as a result of each treatment, or as an indirect result of the administration of such medical treatment which, in the discretion of the health care provider, was reasonable necessary or advisable for dealing with an emergent health care problem.

Por medio de la presente renuncio, abandono, y libero cualquier y todos los reclamos, demandas o causas de acción que puedan surgir en contra el Estado de Washington, el Departamento de Correcciones, el proveedor de cuidados de salud y a todos los funcionarios, empleados y personal contratado del Departamento derivados directamente como resultado de cada tratamiento, o como un resultado indirecto de la administración de tal tratamiento médico que, a discreción del médico, era razonablemente necesario o aconsejable para tratar un problema de salud emergente.

I do hereby further state that I have read the foregoing consent to treatment and waiver of liability and understand the contents thereof, and that such consent to treatment and waiver of liability are given of my own free act and deed and not under any undue influence, threat, or coercion.

Por medio de la presente además declaro que he leído el consentimiento anterior al tratamiento y renuncia de responsabilidad y entiendo sus contenidos, y que ese consentimiento al tratamiento y a la exención de responsabilidad son dados de mi propio voluntad y libre albedrio, y no en virtud de cualquier influencia indebida, amenaza o coacción.

Consenting visitor signature/
Firma del Visitante que aprueba

Date/Fecha

Subscribed and sworn to before me this _____ day of _____, 20__.

STATE OF _____)
County of _____) ss.

SEAL

NOTARY PUBLIC Signature

Title: _____

Name: _____

My commission expires: _____

The contents of this document may be eligible for public disclosure. Social Security Numbers are considered confidential information and will be redacted in the event of such a request. This form is governed by Executive Order 16-01, RCW 42.56, and RCW 40.14.

El contenido de este documento puede ser elegible para su divulgación pública. Los números de la seguridad social se consideran información confidencial y serán eliminados en caso de tal solicitud. Este formulario está regulado por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.

Distribution: **ORIGINAL** - Visiting Department **COPY** - Central file