



FORMULARIO A

**DIÓCESIS DE MEMPHIS
FORMULARIO DE PERMISO PARA OBTENER
INFORMACION DE SALUD Y MEDICO**

Nombre _____ SS# _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Dirección de su casa _____
código postal _____ calle _____ ciudad _____

Padres/Guardianes _____ Teléfono de Casa _____
Teléfono del Trabajo _____

Si los padres o los guardianes no pueden ser localizados en una emergencia entonces, por favor, notifiquen a:

1) _____ dirección _____
nombre _____
Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____

2) _____ dirección _____
nombre _____
Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____

Historia Médica

Todas las Condiciones Médicas Presentes y que Existieron en el Pasado:

Nombre y dosis de todas las medicinas que se deben tomar _____

Algunas Alergias? _____ Alergias a alguna medicina/s? _____

Por favor marcar todas la que sean aplicables:

_____ Fiebre de Heno _____ Condición de Corazón _____ Picaduras de insectos
_____ Epilepsia/Desórdenes Nerviosos _____ Asma _____ Dolores de Estómago Frecuentes
_____ Desventaja Física _____ Diabetis _____ Algunas Enfermedades serias en el Pasado Año

Si cualquiera de los mencionados son marcados, por favor dé detalle(i.e.incluya el tratamiento normal para reacciones alérgicas)_____

Fecha de la última inyección de Tetano _____ ¿Lentes de Contacto? _____
Restricciones para nadar? _____ Sí _____ No _____ ¿Cuáles? _____
Restricciones _____ de _____ Alguna _____ Actividad? _____ Sí _____ No
Cuáles? _____

¿ La niña/el niño está bajo algún tratamiento médico especial o dieta que se necesita continuar? _____

En caso de emergencia médica o de cirugía, con mi firma le doy permiso al doctor seleccionado por _____

(Escuela/iglesia/grupo)

o a el/la representante a hospitalizar y/o obtener el tratamiento médico propio para mi niño/niña mencionado arriba. Entiendo que yo soy responsable del costo de cualquier tratamiento médico (incluyendo cirugía) recibido por mi niño/niña. Por la presente yo libero a los directores y personal de este evento de toda responsabilidad de enfermedad y accidentes que pueda ocurrir durante este evento. Entiendo que se van a comunicar conmigo inmediatamente en caso de una emergencia.

Firma _____ Teléfono _____

Dirección(casa) _____
_____ calle _____ ciudad _____ estado
código postal

Fecha _____ Compañía de Seguro _____

Número de Póliza de Seguro _____ # de Certificado Seguro _____

Si la situación lo permite, mi primera selección de hospital es _____

*Por favor entienda que depende de la seriedad de la situación de su niña/niño, si es transportada/o al más cercano hospital.