



**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 _____
calle ciudad código postal

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 Diabetes 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.