

Formación de Fe Corpus Christi

Formulario de permiso médico y exención de responsabilidad 2019-2020

Este formulario se puede usar para hasta 3 niños: se requiere la firma en el dorso

Entregarse con el registro

Apellido de la familia: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: (____) ____ - _____ Correo electrónico: _____

Tratamiento médico de emergencia: En caso de una emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo al hospital para un tratamiento de emergencia o quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por parte del hospital o el médico.

Información de contacto de emergencia: Si no puede comunicarse conmigo, comuníquese con:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Médico de familia: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Portador del plan de salud familiar: _____

Número de póliza: _____ Fecha de vigencia: ____ / ____ / ____

Asuntos médicos: Por la presente garantizo que, según mi entendimiento, mi (s) hijo (s) se encuentra en buen estado de salud y asumo toda responsabilidad por la salud de mi (s) hijo (s).

Otro tratamiento médico: Lo contactaremos en caso de que su hijo se enferme con síntomas de dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre o diarrea.

1 Información del estudiante

Nombre completo del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad ____ Grado: ____ Altura: Ft./in. ____ Peso en libras ____

Información médica específica: La parroquia tendrá un cuidado razonable para asegurarse de que la siguiente información se mantendrá confidencial. Condiciones médicas especiales, alergias y medicamentos:

Inmunizaciones (¿actual?) ____ Sí ____ No, ¿Usa lentes de contacto o gafas? ____ Sí ____ No

Necesidades especiales: (médicas, problemas de aprendizaje, discapacidades físicas, etc.):

____ Por la presente otorgo permiso para que se le entreguen a mi hijo medicamentos sin receta (como aspirina, Tylenol, pastillas para la garganta), si se considera apropiado.

____ No se puede administrar a mi hijo ningún medicamento de ningún tipo, ya sea con receta o sin receta, a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia.

2 Información del estudiante

Nombre completo del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad ____ Grado: ____ Altura: Ft./in. ____ Peso en libras ____

Información médica específica: La parroquia tendrá un cuidado razonable para asegurarse de que la siguiente información se mantendrá confidencial. Condiciones médicas especiales, alergias y medicamentos:

Imunizaciones (¿actual?) ____ Sí ____ No ¿Usa lentes de contacto o gafas? ____ Si ____ No

Necesidades especiales: (médicas, problemas de aprendizaje, discapacidades físicas, etc.):

____ Por la presente otorgo permiso para que se le entreguen a mi hijo medicamentos sin receta (como aspirina, Tylenol, pastillas para la garganta), si se considera apropiado.

____ No se puede administrar a mi hijo ningún medicamento de ningún tipo, ya sea con receta o sin receta, a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia.

3 Información del estudiante

Nombre completo del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad ____ Grado: ____ Altura: Ft./in. ____ Peso en libras ____

Información médica específica: La parroquia tendrá un cuidado razonable para asegurarse de que la siguiente información se mantendrá confidencial. Condiciones médicas especiales, alergias y medicamentos:

Imunizaciones (¿actual?) ____ Sí ____ No, ¿Usa lentes de contacto o gafas? ____ Si ____ No

Necesidades especiales: (médicas, problemas de aprendizaje, discapacidades físicas, etc.):

____ Por la presente otorgo permiso para que se le entreguen a mi hijo medicamentos sin receta (como aspirina, Tylenol, pastillas para la garganta), si se considera apropiado.

____ No se puede administrar a mi hijo ningún medicamento de ningún tipo, ya sea con receta o sin receta, a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia.

Firma del padre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____