

Información Médica:

Tiene su niño una condición medica o psicológica del cual debemos estar al tanto? ____ Si ____ No

Si es que si, por favor de explicar: _____

¿. Su hijo tiene un problema médico o psicológico que requiere medicamento prescrito a tomarse en momentos específicos? ____ Si ____ No

Si es que si, por favor de explicar: _____

Cualquier otra información que sea necesaria: _____
.....

Nombre del pariente más cercano que no vivo con los jóvenes anteriormente nombrados:

Nombre: _____ Relación _____

Domicilio _____ Ciudad _____

Código postal _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono de trabajo: (____) _____

Por la presente la versión y la Iglesia de la Anunciación y cada uno de ellos y todos sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad de descarga cualquier resultantes o de cualquier manera derivadas de lesiones o daños que pueden sostenerse a causa de participación mi hijo en las actividades asociado con el **programa de educación religiosa**, tanto dentro como fuera de las actividades del sitio, o el transporte en conexión.

El suscrito autoriza el **personal de educación religiosa** o su representante para obtener esa ayuda médica o asistencia como podrían ser necesarios para la inmediata atención de mi hijo en caso de una emergencia. Este permiso incluye la administración de los medicamentos, anestésicos o tratamiento quirúrgico, exámenes de rayos x o hospitalizaciones, como podrían ser ordenados por un doctor médico debidamente licenciado o un dentista. En ningún caso será personal de educación religiosa, la parroquia y sus representantes, se celebrará la responsable de cualquier primer auxilio prestado o tratamiento realizado con arreglo a este consentimiento.

Se entiende que esta autorización es dada de antemano cualquier consentimiento específico para cualquier y todos esos diagnóstico, el tratamiento o el hospital de cuidados sea necesaria, pero que se da para proporcionar la autoridad y el poder por parte del **personal de educación religiosa** para dar el consentimiento específico para toda tal diagnóstico, el tratamiento o el hospital de cuidado que las personas mencionadas en el ejercicio de su mejor juicio estime conveniente

ESTA AUTHORIZA SERA EFECTIVA HASTA EL 1er DIA DE JULIO, 2021.

Firma _____ Relacion _____

Testigo: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Annunciation Parish Religious Education
Autorizacion del padre y informacion medica
Julio 1, 2020 a Junio 30, 2021

Nombre (Del Nino): _____

Edad ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Telefono _____

Domicilio _____ City _____ Zip _____

Padre / Teléfono de trabajo: (____) _____

Madre / Teléfono de trabajo: (____) _____

Información Médica:

Tiene su niño una condición medica o psicológica del cual debemos estar al tanto? ____ Si ____ No

Si es que si, por favor de explicar: _____

¿. Su hijo tiene un problema médico o psicológico que requiere medicamento prescrito a tomarse en momentos específicos? ____ Si ____ No

Si es que si, por favor de explicar: _____

Cualquier otra información que sea necesaria: _____

.....

Nombre (Del Nino): _____

Edad ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Telefono _____

Domicilio _____ City _____ Zip _____

Padre / Teléfono de trabajo: (____) _____

Madre / Teléfono de trabajo: (____) _____

Información Médica:

Tiene su niño una condición medica o psicológica del cual debemos estar al tanto? ____ Si ____ No

Si es que si, por favor de explicar: _____

¿. Su hijo tiene un problema médico o psicológico que requiere medicamento prescrito a tomarse en momentos específicos? ____ Si ____ No

Si es que si, por favor de explicar: _____

Cualquier otra información que sea necesaria: _____

.....

Nombre (Del Nino): _____

Edad ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Telefono _____

Domicilio _____ City _____ Zip _____

Padre / Teléfono de trabajo: (____) _____

Madre / Teléfono de trabajo: (____) _____