

Arquidiócesis de Atlanta

Nombre de la parroquia _____

Permiso médico anual

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

_____ **No. de teléfono de la casa:** _____

Tratamiento médico de emergencia: En caso de emergencia, por la presente doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital y procurar atención médica de emergencia. Deseo que el médico o el hospital me avise en caso de que se necesite algún otro tratamiento. Si no me pueden contactar, sírvanse contactar a:

Contacto de emergencia _____ No. de teléfono _____

Parentesco con el participante _____

Si no pueden contactar a los padres/tutor o al contacto en caso de emergencia, por la presente autorizo al médico o al hospital a hacer un juicio profesional en el tratamiento del participante.

Agencia de seguro médico/de hospitalización _____

Nombre del asegurado _____ Parentesco con el participante _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Nombre completo del padre/tutor: _____

No. de teléfono: _____

Dirección domiciliar: _____

Dirección del trabajo: _____

_____ **No. de teléfono** _____

Nombre completo de la madre/tutora: _____

No. de teléfono: _____

Dirección domiciliar: _____

Dirección del trabajo: _____

_____ **No. de teléfono:** _____

(Se requiere rellenar y firmar ambos lados)

Nombre del participante _____

Medicamentos: Mi hijo/hija toma los siguientes medicamentos:

Descripción _____ Dosis _____

Descripción _____ Dosis _____

(TODO MEDICAMENTO TIENE QUE ESTAR ACOMPAÑADO DE LA RECETA MÉDICA O DE UNA NOTA DE LOS PADRES. LA NOTA DE LOS PADRES DEBE ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO.)

Por la presente otorgo permiso para que se le administren al participante medicamentos que no requieren receta médica, si ello se considerara necesario.

Alergias a medicinas _____

Otras alergias o reacciones (comidas, plantas, insectos, etc.) _____

Indique cualesquiera otros problemas de salud o limitaciones que es necesario que conozcamos: _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

(Este permiso médico tiene vigencia de un año que comienza el _____ y termina el _____.)