

**Asuntos Médicos**

Certifico por este medio que hasta donde llega mi conocimiento, mi hijo(a), está en buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a). En las declaraciones siguientes, firme solamente aquellas con las que esté de acuerdo.

**Tratamiento Médico de Emergencia**

En caso de una emergencia, doy permiso de transportar a mi hijo(a) a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia.

Pido ser notificado antes de que el hospital o los médicos hagan cualquier tratamiento adicional:

Nombre y relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Medicamentos**

Mi hijo(a) traerá los medicamentos que necesite, correctamente etiquetados, con los nombres e indicaciones sobre la forma en que deben ser administrados, incluyendo la dosis y frecuencia, según se indica:

El hijo(a) está tomando los siguientes medicamentos:

Medicamento(s): \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Como administrar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo por la presente NO otorgo el permiso para administrar ningún tipo de medicamento con o sin prescripción médica a mi hijo, a menos que de lo contrario se vea en peligro su vida y se requieran como tratamiento de emergencia. (Si está de acuerdo, firme sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Yo por la presente otorgo el permiso para administrarle medicamentos sin receta (tales como Tylenol, pastillas de garganta, jarabe de tos) a mi hijo(a), si se considera necesario y conveniente. Entiendo que no se le administrará aspirina a mi hijo(a). (Si está de acuerdo, firme sus iniciales)

**Información sobre Condiciones Médicas**

(El personal arquidiocesano, tomará el cuidado de mantener esta información confidencial.)

Mi hijo(a) ha tenido:

- Un episodio de o se le ha diagnosticado:  Convulsiones  Asma  Diabetes
- Reacciones alérgicas a: (alimentos, tintes, latex, etc.) \_\_\_\_\_
- Ha sido sometido a cirugía médica dentro de los últimos seis meses?  Sí  No Está bajo cuidado médico?  Sí  No
- Tiene una dieta prescrita por su médico \_\_\_\_\_
- Tiene las siguientes limitaciones físicas? \_\_\_\_\_
- Sus inmunizaciones/vacunas están actualizadas:  Sí  No Fecha de la última inmunización \_\_\_\_\_
- Ustedes deben estar enterados de las siguientes condiciones médicas de mi hijo(a): \_\_\_\_\_

**Información sobre Seguro Médico**

(Por favor adjunte a esta forma, una fotocopia de su tarjeta de seguro del frente y parte posterior)

Portador del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Número de identificación de seguro: \_\_\_\_\_ Numero de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Nombre de madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No, en este momento no tengo seguro médico.

\_\_\_\_\_  
Firma (padre/guardián para participante menor de 18 años) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma (Participante mayor de 18 años) Fecha