

SANCTUS2020 Youth Conference
A Ministry of the Norbertine Community of New Mexico

Health Form

Name: _____ Date of Birth: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Is this participant in general good health and able to participate in all normal activities?
Yes _____ No _____ (If no, please submit a statement indicating limitations)

Is participant covered by medical insurance? Yes _____ No _____

If yes, name of Insurance Company: _____ Policy or Group Number: _____

Family Physician or Clinic Name: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Family Physician or Clinic Phone Number: _____

List of Allergies or Medical Conditions (Please answer N/A if not applicable)

List of Medications used (Please answer N/A if not applicable)

Please notify the SANCTUS Team if this child is exposed to any communicable disease during the three weeks prior to attendance.

In signing this form, I hereby certify that the above information is correct. I give my permission to release medical records and information to an attending physician in case of emergency.

In case of medical emergency, I understand that every effort will be made to contact parents or guardian of participants. In the event that I cannot be reached, I hereby give permission for emergency medical treatment to be provided by a qualified health care professional.

Parent or Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Telephone Number: _____ Alternate Phone Number: _____



Conferencia Juvenil SANCTUS2020
Un Ministerio de la Comunidad Norbertina de Nuevo México

Forma Medica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿En general, esta esté participante en buena salud y capaz de participar en todas actividades normales?
Sí _____ No _____ (Si no, envíe una declaración que indique las limitaciones)

¿Este participante tiene seguro médico? Si _____ No _____

Si - Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Póliza o Número de Grupo: _____

Médico Familiar o Nombre de la Clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Teléfono del Médico Familiar o de la Clínica: _____

Lista de Alergias o Condición Médica (Responda N/A si no corresponde)

Lista de Medicamentos utilizados (Responda N/A si no corresponde)

Notifique al equipo de SANCTUS si este niño/a está expuesto a alguna enfermedad contagiosa durante las tres semanas previas a la asistencia.

Al firmar este formulario, por la presente certifico que la información anterior es correcta. Doy mi permiso para divulgar registros médicos e información a un médico tratante en caso de emergencia.

En caso de emergencia médica, entiendo que se hará todo lo posible para contactar a los padres o tutores de los participantes. En caso de que no pueda ser contactado, doy permiso para que un profesional médico calificado brinde tratamiento médico de emergencia.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

