



Formulario de Información Médica y Consentimiento de Padre(s)/Guardían

Spanish Version of the Parental/Guardian Medical Information & Consent Form

Información del Participante

Nombre del Participante:				Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Cuidad:	Estado:	Código Postal:	Phone:
Nombre de Padre:			Teléfono:		
Nombre de la Madre:			Teléfono:		
Nombre del Contacto de Emergencia:			Lenguajes del Contacto de Emergencia:		

Información Médico

Por la presente garantizo con lo mejor de mi conocimiento, que toda la información proporcionada es verdadera y correcta y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar el formulario de consentimiento & información médica si hay cualquier cambio en la salud de mi hijo. *(Poner iniciales)* _____

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de emergencia, doy autorización para que mi hijo sea transportado a un hospital o clínica para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. *(Poner iniciales)* _____

Médico de Familia:	Teléfono:
--------------------	-----------

Medicamentos: Por este medio **doy autorización** para que a mi hijo se le provean los siguientes medicamentos. Todos los medicamentos deben estar debidamente identificados. (NOTA: Todo medicamento de prescripción debe estar en el envase original de la farmacia con el nombre del joven o niño en la etiqueta. Los medicamentos no prescritos deben estar en su envase original con el nombre del joven o niño en el envase. Libero y eximo a *(nombre de la edad)* _____, la Diócesis de Orlando y cualquier otro religioso, empleado, voluntarios, agentes y representantes de cualquier daño o perjuicio resultante de la administración del medicamento. *(Poner iniciales)* _____

Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para verificar que el niño toma dichos medicamentos con las dosis y frecuencia apropiadas, son como siguen:

Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:

Información sobre Condiciones Médicas: (Se tomarán pasos razonables para mantener esta información confidencial, pero la misma será compartida con personal Diocesano y otros según sea necesario.) Mi hijo/hija:

- Es alérgico a los siguientes medicamentos: _____
- Ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con: Ataques Asma Diabetes
- Ha tenido una reacción alérgica a (comidas, tintes, látex, etc.) _____
- Ha tenido cirugía dentro de los últimos seis meses Sí No ¿Todavía bajo cuidado médico? Sí No
- Tiene una dieta medicamente prescrita *(favor explicar)* _____
- Tienen las siguientes limitaciones físicas: _____
- ¿Tienen las vacunas al día? Sí No Fecha de la última vacuna de tétano/difteria _____
- Debe estar consciente de las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo/hija: _____

Información de seguro

<input type="checkbox"/> No tengo seguro médico en este momento	Compañía de seguro
<input type="checkbox"/> Tengo seguro médico en este momento	
Nombre del asegurado	Número de póliza:

En caso de que el participante no tenga seguro, el pago por cuidado medico, en su totalidad, es responsabilidad del padre/guardián del participante.

Firma del Padre(s)/Guardián
(debe ser firmado para cualquier participante menor de 18 y mayor de 18 si todavía está en escuela secundaria)

Fecha