

CATHOLIC MUTUAL

FORMA DE SALUD

Nombre de Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

Edad

Sexo

Estatura

Peso

Numero de Seguro Social

PERSONA PARA LLAMAR EN EMERGENCIA

Nombre de Padres / Guardianes:

Domicilio(Si es diferente del Estudiante):

Teléfono (Hogar):

Trabajo:

PERSONA ALTERNATIVE DE CONTACTO (¿Use alguien cerca del contacto primario?)

Nombre:

Domicilio:

Teléfono (Hogar):

Trabajo:

SI USTED TIENE ASEGURANZA MEDICA, SE LE PASARA LA CUENTA POR LOS CARGOS MEDICOS EN CASO DE ENFERMEDAD, O ALGUN DANO QUE OCURRA MIENTRAS SU HIJO ESTE EN LA ACTIVIDAD.

¿Tiene usted aseguranza de salud? SI NO

Nombre de compania de aseguranza:

Polisa #

Grupo #

¿En nombre de quien esta la aseguranza?

¿Tiene usted un doctor de familia? SI NO

Nombre y Domicilio:

Telefono: Si su hijo requiere atencion medica por danos recibidos o enfermedades contraidas antes de la actividad, por favor mandenos la información necesaria para darle a el/ella el cuidado medico apropiado durante el tiempo que el/ella este con la actividad de ministerio juvenil.

HISTORIA DE SALUD:

Alguna condición medica pre-existente o presente o condiciones pre-existente del cual los coordinadores del evento deberian de saber? Por ejemplo: Somnambulo/a...etc.

Nombre y dosis de cualquier medicamento que deberia de tomar:

¿ALGUNA ALERGIA?

¿MEDICAMENTOS?

Fiebre del Lleno
 Condición del Corazon
 Diabetes
 Asma
 Mordida de Insecto

Epilepsia/Desordenes Nerviosos
 Trastornos Estomacales Frecuentes
 Impedimentos Fisicos

¿Alguna enfermedad mayor durante el año posado?

¿Fecha de la vacana del tatano?

¿Alguna restricciones?

DECLARACIÓN DE PADRES QUE LIBERA RESPONSABILIDAD

Yo entiendo que en el evento en que sea necesaria intervención medica, todo intento se llevara hacabo inmediatamente para hacer contacto con las personas inscritas en esta forma. Si estoy fuera del alcance en casa de una emergencia durante la actividad fechada y que se muestra en esta forma, yo doy permiso para que el medico o dentista selecionado por el lider de la actividad para hospitalizar, de adquirir tratamiento medico, ordenar una inyeccion, anestesia o cirujia para mi hijo como se considere necesario.

Yo entiendo que toda precaucion razonable de seguridad sera tomada en todo tiempo por

y sus agents durante los eventos y actividades, yo comprendo
que hay posibilidad de peligros imprevistos y conozco que hay posibilidad inherente o peligros. Yo

estoy de acuerdo de no guardar
el asunto de esta forma.

sus lideres, empleados y voluntarios por

Firma de Padre/Madre o Guardian

Fecha

Firma del Estudiante (Si tiene mas de 18 años de edad)

Fecha

CATHOLIC MUTUAL GROUP
 1201 East Highland Avenue
 SAN BERNARDINO CA 92404- 4641
 PHONE # 909-886-001 FAX # 909-883-9311