



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

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		
<p>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. <i>(Poner iniciales)</i> _____</p> <p>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. <i>(Poner iniciales)</i> _____</p>		
<table border="1"> <tr> <td>Médico de Familia:</td> <td>Teléfono:</td> </tr> </table>	Médico de Familia:	Teléfono:
Médico de Familia:	Teléfono:	

<p>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 <i>(nombre de la edad)</i> _____, la Diócesis de Orlando y cualquier otro religioso, empleado, voluntarios, agentes y representantes de cualquier daño o perjuicio resultante de la administración del medicamento. <i>(Poner iniciales)</i> _____</p> <p>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:</p>

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

<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es alérgico a los siguientes medicamentos: _____ • Ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con: <input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes • Ha tenido una reacción alérgica a (comidas, tintes, látex, etc.) _____ • Ha tenido cirugía dentro de los últimos seis meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Todavía bajo cuidado médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Tiene una dieta medicamente prescrita <i>(favor explicar)</i> _____ • Tienen las siguientes limitaciones físicas: _____ • ¿Tienen las vacunas al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Tengo seguro médico en este momento	Compañía de seguro
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 <i>(debe ser firmado para cualquier participante menor de 18 y mayor de 18 si todavía está en escuela secundaria)</i>	Fecha
--	-------