INFORMACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Diócesis de Orlando

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Idioma que habla el contacto de emergencia: _____

ASUNTOS MÉDICOS

Por la presente garantizo, según mi leal saber y entender, que toda la información proporcionada es verdadera y correcta, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo/a. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar este Formulario de Información Médica y Consentimiento si hay algún cambio en la salud de mi hijo/a.

(Por favor, ponga sus iniciales) _____

Tratamiento Médico de Emergencia

En caso de emergencia, por la presente doy permiso para transportar a mi hijo/a a un hospital o clínica para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia.

(Por favor, ponga sus iniciales) _____

Médico de Familia: _____ Teléfono: _____

Medicamentos

Por la presente **Doy Permiso** para que a mi hijo/a se le administren los siguientes medicamentos proporcionados. Todos los medicamentos deben estar bien etiquetados. [**NOTA:** Todo medicamento con receta debe estar en el envase original de la farmacia con el nombre del joven en la etiqueta de la receta. Los medicamentos sin receta deben estar en su envase original con el nombre del joven en el envase.] Libero de responsabilidad a **St. John Vianney Catholic Church**, a la Diócesis de Orlando y a cualquier otro religioso, empleado, voluntario, agente y representante por cualquier lesión o daño que resulte de la administración del medicamento.

(Por favor, ponga sus iniciales) _____

Nombres de los medicamentos e instrucciones breves para asegurar que el niño/a los tome, incluyendo la dosis y la frecuencia:

Medicamento: _____ Dosis: _____ Administrar: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Administrar: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Administrar: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Administrar: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Administrar: _____

Nombre del Participante: _____

INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES MÉDICAS

Se tomarán medidas razonables para mantener esta información confidencial, pero se compartirá con el personal diocesano y otras personas, según sea necesario.

Mi hijo/hija:

- Es alérgico/a a los siguientes medicamentos: _____
- Ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado/a con: ☐ Convulsiones ☐ Asma ☐ Diabetes
- Ha tenido reacciones alérgicas a lo siguiente (alimentos, tintes, látex, etc.): _____

  _____
- ¿Ha tenido una cirugía en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No ¿Sigue bajo cuidado médico? ☐ Sí ☐ No
- Tiene una dieta prescrita por un médico (por favor explique): _____
- Tiene las siguientes limitaciones físicas: _____
- ¿Tiene sus vacunas al día? ☐ Sí ☐ No Fecha de la última vacuna contra tétanos/difteria: _____
- También debe saber de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/a: _____

  _____

  _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

☐ No tengo seguro médico en este momento. ☐ Sí 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 total de la atención médica será responsabilidad del padre, madre o tutor del participante.

Entiendo plenamente las declaraciones anteriores y firmo este Formulario de Información Médica y Consentimiento con conocimiento, libre y voluntariamente.

Firma del Padre, Madre o Tutor: _____ Fecha: _____

Debe firmar por todo participante menor de 18 años y/o de 18 años o más que esté en la escuela secundaria.