

FORMULARIO DE INFORMACION MEDICA

Nombre del Niño/a: _____

Padre/Tutor: _____

Alergias a Medicamentos: _____

Enfermedades Crónicas o Agudas: _____

Medicamentos que está Tomando Ahora: _____

Otros Hechos que Debemos Saber: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Compañía de Seguro de su Hijo/a: _____

Grupo # _____ Identificación # _____

Número de Teléfono de la Compañía de Seguro 800- _____

¿Tiene su hijo/a una condición médica que limite su participación en alguna de las actividades de la excursión? Sí No

Si Sí, tiene que proveer la documentación de un médico que indique las limitaciones antes de que su hijo/a pueda ir en la excursión.

¿Necesita su hijo/a tomar algún medicamento durante la excursión? Sí No

Si Sí, tiene que proveer una nota del médico con instrucciones adecuadas para la administración del medicamento y éste tiene que estar en el envase original marcado con el nombre de su hijo/a. Además, por favor, lean el párrafo siguiente y pongan sus iniciales debajo del mismo:

Le doy mi permiso a los chaperones, voluntarios, u otros supervisores adultos, para administrarle el medicamento indicado anteriormente a mi hijo/a, y declaro libre de todo daño y responsabilidad a la (ESCUELA/PARROQUIA), a la Diócesis de Orlando, y a cualquiera de sus religiosos, empleados, maestros, voluntarios, agentes, y representantes, por cualquier daño que resulte de la administración del medicamento.

Iniciales _____.

Reconozco que toda la información provista es verdadera y correcta y que será revelada solamente a los chaperones, voluntarios, u otros supervisores adultos que vayan en la excursión y a cualquier proveedor médico según sea necesario.

Firma del Padre / Tutor

Fecha