

HEALTH HISTORY and MEDICAL RELEASE FORM for PARISH PROGRAMS / ACTIVITIES
FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO para
PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE LA PARROQUIA

Participant's Name/Nombre del participante: _____ Sex/Sexo: ____ Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____
 Parent/Guardian/ Padre/Tutor: _____ Relation to participant/Relación con el participante: _____
 Street Address/Dirección : _____ City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código postal: _____
 Home Telephone Number/Número de teléfono de casa: (____) _____ Work Telephone/Teléfono del Trabajo: (____) _____

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

Family Doctor/Médico de familia _____ Telephone Number/Número de teléfono del médico (____) _____

IMMUNIZATIONS/INMUNIZACIONES (Record YEAR of last immunization or last time person had disease/Indique el AÑO de la última inmunización o la última vez que la persona tuvo la enfermedad):

Tetanus/Diphtheria / Tétanos/Difteria _____ Measles/Sarampión _____ Mumps/Paperas _____
 Chicken Pox/varicela _____ Rubella/Rubéola _____ Polio _____
 TB/Tuberculosis (results/resultados: _____) Other/Otra: _____

SPECIAL INFORMATION/INFORMACIÓN IMPORTANTE (Please check all that apply – information will be held in strict confidence/Por favor marque todos los que son pertinentes para su hijo/a – la información quedará estrictamente confidencial):

Sleep Walking/Sonámbulo _____	Fainting/Desmayos (inconsciente) _____
Dizziness/Mareos _____	Blackout/Desmayos _____
Asthma/Asma _____	Kidney Problems/Problemas con riñones _____
Frequent Nosebleeds/Sangrados de nariz frecuentes _____	Frequent Colds/Resfriados frecuentes _____
Seizures/Convulsiones _____	Severe Headaches/Dolores de cabeza severos _____
Severe Homesickness/Nostalgia severa _____	Diabetes _____

ALLERGIC REACTIONS (Please list all known allergies – plant, insect, food, medicine AND TYPE OF REACTION: REACCIONES ALÉRGICAS (Favor de enlistar todas las alergias conocidas de su hijo/a – plantas, insectos, comida y medicina Y TIPO DE REACCIÓN):

Please indicate any other medical problems / situations pertinent to your child / Favor de indicar algunos otros problemas médicos /situaciones referentes con su niño(a):
 Any physical limitations/Alguna limitación física? _____ If yes, explain/ Sí, explicar: _____

Any emotional / psychological limitations or reactions to be aware of?/Alguna emocional/limitaciones psicológicas o reacciones para ser consciente de? _____ If yes, explain/Sí, explicar: _____

Is the student presently taking any medication?/Está actualmente tomando el estudiante alguno medicamento? _____
 All medication is to be well labeled with clear, concise directions indicated here (frequency, dosage, etc.):/Todos los medicamentos deben estar etiquetados con el nombre del alumno y direcciones claras indicando la dosis y cuando su hijo/a tiene que tomar su medicamento:

In an EMERGENCY, and unable to reach parent / guardian, contact/ En una EMERGENCIA y si no es posible contactar al Padre/Tutor, debemos contactar a:

1. Name/Nombre: _____ Telephone/Teléfono: (____) _____
2. Name/Nombre: _____ Telephone/Teléfono: (____) _____

STUDENT INFORMATION and PERMISSION FORM for PARISH PROGRAM
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y PERMISO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROGRAMAS DE LA PARROQUIA

Dear Parent or Legal Guardian/Estimado Padre o Tutor Legal,

We are happy that your son/daughter will be participating in this year's program. For our records and for any possible emergencies that might arise we ask that you please fill out and sign this form.

Estamos contentos que su hijo/a estará participando en nuestro programa de Formación Religiosa. Para nuestro registro y en caso de emergencia, le pedimos que llene y firme este formulario.

Student Information/Información del estudiante

Student's Name/Nombre del estudiante: _____ Birthdate/Fecha de nacimiento: _____

Student's Address/Dirección del estudiante: _____ City/Ciudad: _____

Zip/Código postal: _____

Student's Phone Number/Número de teléfono del estudiante: _____ School/Colegio: _____

Mother's Name/Nombre y apellidos de la madre: _____

Father's Name/Nombre y apellidos del padre: _____

Mother's Address (if different)/Dirección de la madre (si es diferente): _____

Mother's Phone (if different)/Teléfono de la madre (si es diferente): _____

Father's Address (if different)/Dirección del padre (si es diferente): _____

Father's Phone (if different)/teléfono del padre (si es diferente): _____

Parental/Guardian Permission / Permiso de los Padres/Tutor Legal

I hereby consent to participation by my son/daughter(s) in St. John the Baptist's Religious Formation Program for the 2018- 2019 academic year. I understand that this program will take place on the parish grounds and that my son/daughter will be under the supervision of the authorized parish personnel.

Doy consentimiento para que mi hijo(a) participe en el Programa de Formación Religiosa de St. John the Baptist para el año escolar 2018-2019. Entiendo que este programa tendrá lugar en la propiedad de la parroquia y que mi hijo/a estará bajo la supervisión del personal autorizado por la parroquia.

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____

MEDICAL INFORMATION MUST BE ON FILE (SEE OTHER SIDE)
LA INFORMACIÓN MÉDICA DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO (VEA EL OTRO LADO)