



# Formulario de Información Médica y Consentimiento Parental/Guardián

Información del Participante		
Nombre del Participante:		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Home Phone:		
Nombre del Padre:		Teléfono:
Nombre de la Madre:		Teléfono:
Nombre del Contacto de Emergencia:		Teléfono:
Lenguajes de Contacto de Emergencia:		

Asuntos Médicos	
Por la presente garantizo a 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> _____	
Tratamiento Médico de Emergencia	
En caso de emergencia, doy la autorización para que mi hijo sea transportado a un hospital o clínica para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. <i>(Poner iniciales)</i> _____	
Médico de Familia:	Teléfono:

Medicamentos		
Por este medio <b>doy autorización</b> para que mi hijo se le provea 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 de la persona en la etiqueta. Los medicamentos no prescritos deben estar en su envase original con el nombre de la persona en el envase. Libero y eximo a _____, la Diócesis de Orlando y cualquier daño o perjuicio resultante de la administración del medicamento. <i>(Poner iniciales)</i> _____		
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:		
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:

### 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:

- Es alérgico a los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_
- Ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con:  Ataques  Asma  Diabetes
- Ha tenido una reacción alérgica a (comidas, tintes, látex, etc.) \_\_\_\_\_
- Ha tenido cirugía dentro de los últimos seis meses?  Sí  No      ¿Todavía bajo cuidado médico?  Sí  No
- Tiene una dieta medicamente prescrita (favor explicar) \_\_\_\_\_
- Tienen las siguientes limitaciones físicas: \_\_\_\_\_
- ¿Vacunas al día?  Sí  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 Médico

- No, 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 en su totalidad por cuidado médico es responsabilidad del padre/guardian del participante.**

Entiendo completamente las declaraciones anteriores y firmo este formulario de consentimiento e información médica con este conocimiento, libre y voluntariamente.

Firma del Padre/Guardián

*(debe ser firmado para cualquier participante menor de 18 y mayor de 18 si todavía está en escuela secundaria)*

Fecha