

Información de Salud

(Requerido para completar la registraci3n) **FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA CON LA REGISTRACI3N:**

NOMBRE _____ FECHAS DE NACIMIENTO _____

DIRECCION _____ HEMBRA _____ VARON _____

_____ DIOCESIS DE CHARLOTTE

El participante tiene buena salud general y est1 apto para participar en todas las actividades normales?
SI _____ NO _____ (Si no, favor de incluir declaracion indicando sus limites.)

Favor de dar la fecha de su 1ltimo revis3 f1sico.

FECHA: _____

MEDICO FAMILIAR O CLINICA: _____

* * * * *

Alergias (Escriba un "si" o "no" al lado de cada una)

FIEBRE DE HENO _____ ASTHMA _____ SULFA _____

DESMAYOS _____ HIEDRA VENENOSA _____ PENICILINA _____

CONVULSIONES _____ PICADURA DE ABEJA _____ OTRO _____

Medicacion actual o condiciones medicas:

Si contest3 "si" a una alergia, favor de someter instrucciones de c3mo se debe tratar a su hijo/hija y con qu3 medicaci3n. Tambi3n someta instrucciones de otros medicamentos que usa actualmente. El medicamento ser1 dispensado por el Director, o un adulto voluntario, del programa.

Operaciones or heridas graves: _____

Fechas: _____

Favor de notificar la oficina si este participante es expuesto a una enfermedad transmisible durante las tres semanas antes del retiro.

* * * * *

Al firmar esta aplicaci3n, certifico que la informaci3n dada arriba est1 correcta y doy permiso para que mi hijo/hija sea transportado en un veh1culo privado hacia y desde la transportaci3n p1blica o a lugares aprobados para actividades fuera del programa; y para la liberaci3n del registro m3dico al m3dico en asistencia en caso de enfermedad.

En caso de emergencia m3dica, entiendo que todo intento ser1 hecho para contactar al los padres/guardianes del participante. Si no puedo ser contactado, doy mi permiso al m3dico, seleccionado por el Director del Programa, para hospitalizar, dar tratamiento apropiado, y otorgar inyecciones, anestesia, o cirug1a para mi hijo/hija que est1 nombrado en esta forma.

FIRMA DE PADRE/GUARDI1N: _____ FECHA _____

N1mero Telef3nico durante el Programa: _____

N1mero Telef3nico Alternativo _____

Aseguranza Medica Familiar: _____ N1mero de P3liza _____