



Información Medical

Nombre legal _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de doctor _____ Número de teléfono _____

Nombres de padres _____

Celular de Madre _____ Celular de Padre _____

Número de trabajo: (M) _____ (D) _____

Seguro de salud _____ Póliza # _____

Otro o contacto secundario de emergencia

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Medicamentos: el participante anterior traerá todos los medicamentos necesarios que estarán bien etiquetados. Enumere todos los medicamentos, su propósito y frecuencia de dosificación.

Vacuna contra el tétanos / difteria (date or year) _____

Restricciones dietéticas y alergias alimentarias _____

Limitaciones físicas _____

Otras condiciones especiales: _____

Recientemente expuesto a enfermedades contagiosas como paperas, sarampión, etc. Si es así, indique la fecha y la enfermedad/condición. _____

Ha experimentado/no ha experimentado ningún síntoma COVID en las últimas 2 semanas? Y ____ N ____

Si – cuales síntomas? _____

Ha estado el joven recientemente en contacto con alguien que tiene COVID? Y ____ N ____ Si - cuándo? _____

Por la presente garantizo que, a mi leal saber y entender, el participante anterior goza de Buena salud y asumo la responsabilidad de su salud.

Firma _____ Fecha _____

Nombre impreso _____ Relación a participante _____

Autorización: por la presente, doy permiso para que se le den a mi hijo medicamentos sin receta (como ibuprofeno, acetaminofeno, pastillas para la gargante, jarabe para la tos, etc.) si es necesario. Y ____ N ____

Firma _____ Fecha _____

La Iglesia de San Patricio de Fremont y sus afiliados se preocuparán de que la información en este formulario medico se mantenga confidencial.