

## PERMISO MEDICO DEL ESTUDIANTE

Como el padre/tutor legal de (Nombre de la candidato) \_\_\_\_\_, autorizo que en mi ausencia, el menor mencionado anteriormente, sea admitido a cualquier hospital o centro hospitalario para diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a los médicos, dentistas y personal debidamente autorizado. También a otros licenciados técnicos o enfermeras, para realizar los procedimientos de diagnóstico, tratamientos, procedimientos operativos y tratamiento de rayos X del menor arriba mencionado. Yo no he dado una garantía en cuanto a los resultados del examen o tratamiento. Autorizo al hospital o centro médico para deshacerse de cualquier muestra o tejido tomado del menor mencionado. Espero que se me notifique de cualquier caso.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre de los padres \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono casa \_\_\_\_\_  
Celular de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono oficina # \_\_\_\_\_  
Celular del padre \_\_\_\_\_ Teléfono oficina # \_\_\_\_\_  
**Nombre contacto Alterno** \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
Nombre del Seguro \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Póliza/ID # \_\_\_\_\_  
Nombre Médico familiar \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico # \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

- | SI  | NO  |   |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | 1. Alguna vez has tenido cualquiera de lo siguiente? (Explicar respuestas "si" en una hoja adicional)   |
| ___ | ___ | Soplo Cardíaco  |
| ___ | ___ | Otros problemas cardíacos   |
| ___ | ___ | Convulsiones o Epilepsia  |
| ___ | ___ | 2. A. Has tenido alergias serias a lo siguiente:  |
| ___ | ___ | picadas de insectos – medicamentos -- si ___ no ___ Nombre del medicamento _____  |
| ___ | ___ | comida _____  |
| ___ | ___ | medicinas _____   |
| ___ | ___ | otros _____   |
| ___ | ___ | B. Tienes recetas para los siguientes?: (Dar nombre y dosis del medicamento)  |
| ___ | ___ | Adrenalina _____  |
| ___ | ___ | Inhalador _____   |
| ___ | ___ | Otra medicina para alergia _____  |
| ___ | ___ | C. Tienes Asma o Diabetes?  |
| ___ | ___ | 3. Tomas alguna medicina regularmente?  |
| ___ | ___ | Si es así, cuál, cuándo, dosis y razón? _____   |
| ___ | ___ | 4. Usas lentes de contacto, anteojos o algún aparato dental? _____  |
| ___ | ___ | 5. Tienes algún otro problema médico grave? (si es afirmativo, por favor describe)  |
| ___ | ___ | 6. Hay <i>algo</i> que debemos saber acerca de su hijo/a antes de salir de la Iglesia esa noche, que nos pueda ayudar en alguna situación que se presente mientras estamos lejos? |

**FECHA DE LA ÚLTIMA INYECCION DE TÉTANO:** \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene permiso de tomar medicina (incluyendo Tylenol) comprada en casa. (Por favor notificar a un facilitador cuando llegue a la Iglesia el viernes por la noche).  SI  NO

\_\_\_\_\_  
**\*\*\* Firma del Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
Fecha