

MEDICAL RELEASE FOR STUDENT

As the parent/legal guardian of (Candidate's name) _____, I request that in my absence the above-named minor be admitted to any hospital or medical facility for diagnosis and treatment. I request and authorize physicians, dentists, and staff, duly licensed as Doctors of Medicine or Doctors of Dentistry or other such licensed technicians or nurses, to perform any diagnostic procedures, treatment procedures, operative procedures and x-ray treatment of the above minor. I have not been given a guarantee as to the results of examination or treatment. I authorize the hospital or medical facility to dispose of any specimen or tissue taken from the above-named minor. I expect to be notified of any such event.

Participant's Name _____ Social Security # _____
Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Parent's Name _____
Address (if different from above) _____ City _____ State _____ Zip _____
Home Phone _____
Mother's Mobile Phone _____ Work Phone # _____
Father's Mobile Phone _____ Work Phone # _____
Name of Alternate Contact _____ Phone # _____
Name of Insurance Company _____
Name of Insured _____ Policy/ID # _____
Family Physician's Name _____ Physician's Phone # _____

MEDICAL HISTORY OF STUDENT

YES	NO	1.	Have you ever had any of the following? (Please explain "yes" answers on a separate sheet of paper)
___	___		Heart Murmur
___	___		Other Heart Problems
___	___		Seizures or Epilepsy
___	___	2.	A. Have you ever had significant allergies to:
___	___		bee stings -- On medication -- yes__ no__ Medication name _____
___	___		foods _____
___	___		medicines _____
___	___		other _____
___	___		B. Do you have a prescription for use of: (give medication name & dosage)
___	___		Adrenaline _____
___	___		Inhalers _____
___	___		Other allergy medicine _____
___	___		C. Do you have Asthma or Diabetes?
___	___	3.	Do you take any medicine regularly?
___	___		If yes, what, when, dosage and reason? _____
___	___	4.	Do you wear contact lenses, eyeglasses or dental appliance? _____
___	___	5.	Do you have any other significant health problems? (if yes, please describe)
___	___	6.	Is there <i>anything</i> we should know about your child before we leave Holy Family that might help us with any situation that might present itself while we are away?

DATE OF LAST TETANUS BOOSTER: _____

My youth has permission to take medication (including Tylenol) brought from home as prescribed. (Please notify adult facilitator when you arrive at the Church Friday evening.) YES NO

*** Signature of Parent or Guardian

Date

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