



HISTORIAL DE SALUD Y LIBERACIÓN MÉDICA

La Autorización para el Tratamiento de Emergencia debe estar firmada por un padre/tutor.

Nombre de Adolescente Voluntario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre de la Padre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil : _____

SEGURO DE SALUD

¿Tiene seguro para su hijo? Sí No

Número de Póliza: _____ Compañía de Seguros: _____

Teléfono: _____

HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO

Alergias (alimentos, drogas, abejas), asma, huesos rotos, infecciones de oído, etc.

LISTA DE MEDICAMENTOS

Incluye prescripción y over-the-counter. Enumere los medicamentos necesarios en el viaje de campo.

**RESTRICCIONES DIETARIAS**

Describe las restricciones especiales (médicas, dietéticas o de actividad) que necesita su hijo:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE MENORES

Por la presente doy permiso al personal médico seleccionado por un maestro o director para brindar atención médica de rutina; dispensar medicamentos autorizados; buscar tratamiento médico de emergencia; para autorizar radiografías, exámenes de rutina y tratamiento; para liberar los registros necesarios para el seguro; y para proporcionar o arreglar el transporte relacionado necesario para mi hijo. Si no se me puede contactar en una emergencia, por la presente autorizo al personal médico seleccionado por un maestro o director para asegurar y administrar el tratamiento, incluida la hospitalización, para el niño mencionado anteriormente.

AUTORIZACIÓN PARA ACTIVIDADES DE VIAJE DE CAMPO

Yo, el padre o la persona abajo firmante que tiene la custodia / tutela legal del menor mencionado anteriormente, por la presente autorizo a mi hijo a participar en el viaje de campo de la Academia de Verano. Mi hijo tiene permiso para participar en todas las actividades de la excursión, excepto en lo que se indica.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Firma

Fecha

Imprimir Nombre