



Se debe llenar un formulario por cada niño(a). Es válido por un año o hasta que cambie alguna información médica, de seguro o de contacto. — Es responsabilidad del padre/madre o tutor avisar a la Oficina del Ministerio Juvenil de San Juan de cualquier cambio.

Nombre del niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre(s) del Padre/Madre/Tutor(es): _____

Dirección de Casa: _____

Teléfono(s) de Contacto: _____

Información Médica Básica

¿Tiene su hijo/a seguro médico? ☐ Si ☐ No

¿Tiene su hijo/a problemas médicos crónicos o restricciones físicas

(ej. asma, diabetes, depresión, TDAH)? ☐ Si ☐ No

Medicinas y dosis actuales (incluye recetadas y de venta libre; escribe “N/A” si no tomas ninguna):

¿Su hijo/a lleva alguno de los siguientes?

☐ EpiPen ☐ Inhalador ☐ Ninguno ☐ Otro (por favor, explique): _____

Asuntos Médicos

Yo confirmo que, según lo que sé, mi hijo(a) está bien de salud, y yo me hago responsable de su cuidado.

Firma: _____ Fecha: _____

In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above numbers, contact:

Contacto de Emergencia	Numero de
Nombre y Relacion:	Telefono:
Medico Familiar:	Numero de
	Telefono:
Compañía del Plan de Salud Familiar:	
Número de póliza:	

Continúa en la siguiente página

Tratamiento Médico de Emergencia:

En caso de una emergencia, doy permiso para llevar a mi hijo(a) al hospital para recibir tratamiento médico o cirugía de emergencia. Quiero que me avisen antes de cualquier otro tratamiento en el hospital o por el doctor.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si la parroquia, la Diócesis de San Diego, sus oficiales, voluntarios o acompañantes ven que mi hijo(a) tiene síntomas como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre o diarrea, quiero que me llamen.

Firma: _____ **Fecha:** _____

MEDICINAS:

Mi hijo(a) está tomando medicina actualmente. Él/Ella traerá todas las medicinas necesarias, bien etiquetadas. Los nombres de las medicinas e instrucciones (dosis y frecuencia) son las siguientes (escribe "n/a" si no aplica)

Firma: _____ **Fecha:** _____

MEDICINAS: ELIJA UNA OPCIÓN (A O B)

A) No se le puede dar ninguna medicina (ni con receta ni sin receta) a mi hijo(a), a menos que sea una emergencia y se necesite tratamiento urgente.

Firma A: _____ **Fecha:** _____

B) Doy permiso para que se le dé medicina sin receta (como aspirina, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) a mi hijo(a), si es necesario.

Firma B: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA | (La parroquia tendrá cuidado en mantener esta información confidencial)

- Reacciones alérgicas (medicinas, comidas, plantas, insectos, etc.): _____
- Vacunas: Fecha de la última vacuna de tétanos/difteria: _____
- ¿Tiene una dieta especial por recomendación médica? _____
- ¿Tiene limitaciones físicas? _____
- ¿Tiene problemas como extrañar mucho su casa, emociones fuertes en nuevas situaciones, sonambulismo, mojar la cama, desmayos? _____
- ¿Ha estado en contacto con alguna enfermedad contagiosa recientemente (como paperas, sarampión, varicela, H1N1, etc.)? Si sí, indique la fecha y enfermedad: _____
- Otras condiciones médicas importantes que debemos saber: _____