

DIÓCESIS DE MEMPHIS  
FORMULARIO DE PERMISO PARA OBTENER  
INFORMACION DE SALUD Y MEDICO

Nombre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ su  
casa \_\_\_\_\_  
calle ciudad código postal

Padres/Guardianes \_\_\_\_\_ Teléfono de  
Casa \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del

Si los padres o los guardianes no pueden ser localizados en una emergencia entonces, por favor, notifiquen a:

1) \_\_\_\_\_ dirección  
nombre

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ dirección  
nombre

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Historia Médica

Todas las Condiciones Médicas Presentes y que Existieron en el Pasado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y dosis de todas las medicinas que se deben

tomar\_\_\_\_\_

Algunas Alergias?\_\_\_\_\_Alergias a alguna medicina/s?

Por favor marcar todas la que sean aplicables:

\_\_\_\_\_ Fiebre de Heno \_\_\_\_\_ Condición de Corazón \_\_\_\_\_ Picaduras de insectos

\_\_\_\_\_ Epilepsia/Desórdenes Nerviosos \_\_\_\_\_Asma \_\_\_\_\_ Dolores de Estómago Frecuentes

\_\_\_\_\_ Desventaja Física \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Algunas Enfermedades serias en el Pasado Año

Si cualquiera de los mencionados son marcados, por favor dé detalle(i.e.incluya el tratamiento normal para reacciones alérgicas)\_\_\_\_\_

Fecha de la última inyección de Tetano\_\_\_\_\_ ¿Lentes de Contacto?

Restricciones para nadar?\_\_\_\_\_ Sí\_\_\_\_\_ No ¿Cuáles?

Restricciones de Alguna Actividad?\_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No C u á l e s ?

¿La niña/el niño está bajo algún tratamiento médico especial o dieta que se necesita c o n t i n u a r ?

En caso de emergencia médica o de cirugía, con mi firma le doy permiso al doctor  
s e l e c c i o n a d o  
por \_\_\_\_\_

(Escuela/iglesia/grupo)

o a el/la representante a hospitalizar y/o obtener el tratamiento médico propio para mi niño/  
niña mencionado arriba. Entiendo que yo soy responsable del costo de cualquier  
tratamiento médico (incluyendo cirugía) recibido por mi niño/niña. Por la presente yo libero a  
los directores y personal de este evento de toda responsabilidad de enfermedad y  
accidentes que pueda ocurrir durante este evento. Entiendo que se van a comunicar conmigo  
inmediatamente en caso de una emergencia.

Firma \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección(casa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ calle ciudad estado c ó d i g o  
postal

Fecha \_\_\_\_\_ Compañía de  
Seguro \_\_\_\_\_

Número de Póliza de Seguro \_\_\_\_\_ # de Certificado  
Seguro \_\_\_\_\_

Si la situación lo permite, mi primera selección de hospital es  
\_\_\_\_\_

\*Por favor entienda que depende de la seriedad de la situación de su niña/niño, si es  
transportada/o al más cercano hospital.