



Asociación de Ohio de Adventistas del Séptimo Día Formulario de Consentimiento Médico



Información de Contacto de Emergencia y Tutor

Este formulario debe completarse al comienzo de cada año para cubrir las actividades del año. Se debe llevar una copia del formulario de cada estudiante en actividades fuera del campus.

Por favor de imprimir.

Participante _____ S.S. # _____ Edad _____ F.D.N. ____ / ____ / ____ Género: M F
Mes Día Año

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Padre/Guardian _____ Relación _____

Padre/Guardian _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Móvil _____

Madre/Guardian _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Móvil _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Móvil _____

Registro de Salud e Información Médica del Participante

Nombre del Médico del participante _____ Physician's Phone () _____

Nombre de Aseguranza _____ Numero de Tarjeta _____ Número de Grupo _____

¿El participante tiene alguna restricción médica? Sí No ¿El participante tiene alguna restricción de actividad? Sí No

Explique: _____ Explique: _____

Historia

Vacunas

Alergias: Marcar detalles

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta | <input type="checkbox"/> Sleepwalking |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Heart Trouble |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Estómago | <input type="checkbox"/> Bedwetting |
| <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Dietary restrictions |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Psychological needs |

Fecha de la última vacuna
contra el tétano

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Drogas _____ | Antídoto: _____ |
| <input type="checkbox"/> Comida _____ | <input type="checkbox"/> Enfermera Administrado |
| <input type="checkbox"/> Plantas _____ | <input type="checkbox"/> Cuidado Personal |
| <input type="checkbox"/> Animales _____ | |
| <input type="checkbox"/> Picaduras de Abejas/Insectos _____ | |
| <input type="checkbox"/> Restricciones Dietéticas _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Explicaciones: _____

Medicamentos

¿El participante está tomando medicamentos actualmente? Sí No

Explique: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Liberación médica y de Responsabilidad

Solicito participar en una actividad del Departamento de Ministerio Juvenil según lo programado por la Asociación de Adventistas del Séptimo Día de Ohio, y cumpliré con todas las leyes, reglas, regulaciones, políticas y directivas de los funcionarios de la Asociación de Ohio. Doy mi consentimiento y doy a la Asociación de Ohio autoridad y permiso para seleccionar un centro de tratamiento médico, un médico y toda la atención médica de emergencia necesaria en caso de un accidente o una enfermedad de emergencia para mí o mi hijo menor.

Nota: Entiendo que se hará todo lo posible para comunicarse conmigo en caso de una emergencia. Sin embargo, en caso de que no puedan localizarme, eximiré de toda responsabilidad a la Asociación de Ohio por supervisar toda la atención de emergencia requerida. Seré responsable de todos los pagos de todos los tratamientos, hospitalización, anestesia o cirugía con respecto a la atención de emergencia en mi nombre. (Se requiere la firma del padre/tutor para personas menores de 18 años).

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____