



# 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: \_\_\_\_\_