

Registro de Formación para Estudiantes

Fecha de hoy _____

Nombre de Estudiante como aparece en el Certificado de Nacimiento

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Sexo: Hombre o Mujer

Grado: _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Estudiante Historia Sacramental

Si No

Fecha y Lugar donde recibió Sacramentos

❖ Bautismo Si No

❖ Comunión Si No

❖ Reconciliación/Confesión Si No

❖ Confirmación Si No

Cabeza de Familia / Padre / Tutor Como Aparece en el Certificado de Nacimiento

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Teléfono de Trabajo _____ ext. _____ Teléfono Celular _____

Correo electrónico _____

Esposa:

Apellido _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Teléfono de Trabajo _____ Ext. _____ Teléfono Celular _____

Correo Electrónico _____

Familia Información de Contacto

Dirección de Calle: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de su casa _____

Contactos adicionales

Nombre

Teléfono

Relación

CONSENTIMIENTO MEDICO

Asuntos Médicos

Por la presente garantizo a lo mejor de mi conocimiento, que mi hijo está en buen estado de salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. De las siguientes afirmaciones referentes a asuntos médicos, firme solamente con las que este de acuerdo a lo que usted desea:

Tratamiento Médico de Emergencia

En caso de emergencia, yo doy permiso a que mi hijo sea transportado a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. En el caso de una emergencia, también puede llamar a:

Nombre y relación _____ número de teléfono _____

Doctor de familia _____ número de teléfono _____

Medicamentos:

Mi hijo va a traer todos los medicamentos bien marcados, que sean necesarios. Nombres de medicamentos e instrucciones concisas para que el niño tome estos medicamentos, incluyendo dosis y frecuencia, la información es la siguiente:

Medicamento(s): _____ Dosis: _____

_____(Iniciales)Yo **No concedo permiso** para que se administren medicamentos de ningún tipo, ya sea con receta o sin receta a mi hijo, a menos que la situación amenase con su vida.

_____(Iniciales)Yo **Concedo permiso** para que se administren medicamentos sin receta (como Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos a mi hijo, si lo considera conveniente. Tengo entendido que no se dará aspirina a mi hijo/hija.

Información de Condiciones Médicas

(El personal diocesano tomara las precauciones necesarias para asegurarse que la siguiente información sea confidencial)

Mi hijo ha tenido un episodio de o se la ha diagnosticado con: (convulsiones, asma, diabética)

Reacciones alérgicas al siguiente (alimentos, colorantes, latex): _____

¿Ha tenido una cirugía medica dentro de los últimos seis meses? _____

¿Tiene una dieta de prescripción medica ? _____

Las siguientes limitaciones físicas: _____

Las vacunas estan al corriente hasta la fecha : si ___ no ___ fecha de tétano/difteria ultima inmunizacion: _____

También debe tener en cuenta de estas condiciones médicas especiales de mi hijo: _____

Información del Seguro

(Por favor adjunte una copia de los dos lados de la tarjeta del seguro-frente y atras, con esta forma)

Compañía de seguros: _____

Nombre del asegurado: _____

Numero de póliza de seguro: _____

Nombre del padre: _____ número del teléfono: _____

Nombre de la madre: _____ número del teléfono: _____

No, tenemos seguro médico en este momento

En caso de que de algo llamara la atención de los chaperones asociados en la actividad de que mi hijo se esta enfermado o tiene síntomas repetitivos tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero ser llamado inmediatamente. Si esto va a ser una llamada de larga distancia, quiero que me llamen por cobrar (con los gastos de teléfono cobrados a mi)

Entiendo completamente las declaraciones anteriores y al firmar esta exencion medica y consentimiento de los padres lo entiendo, y lo hago libre y voluntariamente.

Firma (Padre)

Fecha

Firma (participante de 18 años de edad o mayores deben firmar consentimiento propio)

Fecha