

Permiso Médico para el Aventurero

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Fecha de última vacuna contra el tétanos _____

Alergias a drogas o comidas:



Medicamentos especiales o información pertinente:

Lista de restricciones:

Número telefónico del padre

Número telefónico de trabajo del padre

Número telefónico de la madre

Número telefónico de trabajo de la madre

Número de emergencia (amistad/familiar) _____

Nombre de pediatra _____ Número telefónico de pediatra _____

Dirección de pediatra _____

Compañía de Seguro Médico _____

Número de póliza _____

Autorización para Tratar Médicamente al Menor

Yo (nosotros) el padre, los padres o tutor de _____

En caso de emergencia, doy permiso al médico escogido por los líderes del club a hospitalizar, asegurar tratamiento apropiado, dar permiso para las inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo.

Como padre/tutor del solicitante, estoy a favor de mi hijo asistir a las funciones del club y acepto las condiciones declaradas aquí. El historial médico está correcto y actualizado hasta que yo sepa, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del club, excepto las anotadas. Doy permiso para fotocopiar este permiso médico.

Fecha

Firma del padre/tutor

Esta sección es para un notario certificar si su estado/provincia lo requiere
