

Informacion Medica (Programa de 4to. Año)

Padre/Tutor Legal debe de llenar esta sección. Esta información sera sólo entregada al doctor en caso de una emergencia y acompañara al empleado de Education in Action asignado a su programa.

Nombre del alumno _____ Apellido _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Padre/Tutor Legal _____ Teléfono _____
Hablar en caso de emergencia a _____ Relación a estudiante _____
Numero de la persona _____ Tel. Por la noche# _____
Nombre de la Aseguranza _____ Teléfono _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Nombre de la Aseguranza _____ Grupo o ID# _____
Nombre del Dr. del estudiante _____ # de tel. _____
Dirección del Dr. _____
Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Favor de checar cualquiera de las condiciones que aplican al estudiante:

- Alergias Asma Hypoglycemia
 Diabetes Ataques Epileeticos Reacciones a medicinas
 Enfermedad reciente Esta tomando medicina actualmente O otro _____

Por favor escriba detalladamente una descripción de las que haya checado que debamos saber, incluyendo alguna dieta especial y la descripción del alamiento y/o medicinas que tomen. Favor de agregar notas adjunto si es necesario _____

Fecha de la inyección del tetano ____/____/____

¿Por la condición de su salud se tiene que hacer algun arreglo especial? ¿Necesita asistencia o alguna ayuda medica en especial para que sea totalmente mobile ó independiente ? Favor de indicar sí necesita ayuda para que le podamos ayudar en los arreglos especiales. Si contesta "si" a cualquiera de los puntos abajo, porfavor use espacio para que explique que tipo de asistencia necesita. Puede usar mas hojas si es necesario.

Incapacidades Físicas	No	Si	Necesito asistencia _____
Problemas Psicológicos	No	Si	Necesito asistencia _____
Sordomudo	No	Si	Necesito asistencia _____
Impedimento Visual	No	Si	Necesito asistencia _____

¿Hay algun otra razon por la cual el participante necesite ayuda especial ? Si es asi, favor de explicar. Puede usar mas hojas si es necesario.

Si ó No. Necesidades especiales _____

Education in Action apoya la participación a estudiantes con discapacidades. Para ayudarnos favor de llamar a Education in Action para mas información sobre las necesidades del estudiante, es importante que llama el padre/tutor legal para hablar sobre el programa que va a atender.

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE LA EMERGENCIA I, _____,
el padre/guarda legal de _____, solicita,
autoriza, y da por este medio el permiso a la educación en la acción, o
su representante debido autorizado, al acto en mi favor y en mi stead,
si mi hijo/hija se queja de ser enfermos, se daña o requiere la
emergencia o el otro tratamiento médico, incluyendo la hospitalización,
durante la academia solitaria de la dirección de la estrella. Entiendo
que en caso que mi hijo/hija se queje de ser enfermos, o se dañe
durante la academia solitaria de la dirección de la estrella, he/she
será llevado un cuarto de emergencia del hospital y examinado por un
médico del sitio de emergencia. Si el médico se determina que mi
hijo/hija no requiere la hospitalización pero no debe continuar como
participante del programa, en la dirección escrita del médico, mi
hijo/hija será enviado a casa puntualmente. Expreso estipulo y convengo
que seré solamente responsable de todos los costos incurridos en y
lanzaré y llevaré a cabo la educación inofensiva en la acción, sus
oficiales, directores, empleados, administradores, agentes, sucesores y
lo asigno de todas las demandas, demandas, daños, acciones, o causas de
la acción, presente o futuro, de está conocido, anticipado o
inesperado, y resultando, levantándose de, o incidente a la educación
en las acciones de la acción conforme a esta autorización.

_____ del

_____ Firma del padre o
de la fecha legal del guarda