



Forma Legal y oficial de la Diócesis de Salina

FORM B - INFORMACION MEDICA

Este formulario debe completarse para cualquier persona (menor de 19 años de edad) en programas de educación religiosa parroquial, escuela católica y ministerio juvenil y debe completarse anualmente al comienzo del programa.

Diócesis: Salina Paroquia _____ Escuela _____

Nombre de Participante _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Medico Corriente de Participantes:

Nombre: (primer, segundo, apellido): _____ Teléfono (incluye área) _____

Condiciones Médicas:

Enumere cualquier condición médica del participante (asma, diabetes, epilepsia, ect...): _____

Marque a continuación condición física que los patrocinadores, médicos, enfermeras u otro personal médico deban saber:

Picadura de insecto: _____ Desmayos: _____

Alergias _____ Infecciones de oídos: _____

Convulsiones _____ Enfermedades del corazón _____

Dolores de cabeza _____ Otros: _____

Indique cualquier alergia o reacción alérgica a los medicamentos del participante: _____

Otra información médica pertinente: _____

Fechas de las últimas vacunas del participante: _____

Restricciones/necesidades dietéticas especiales: _____

Medicamentos:

Medicamentos recetados que se están tomando ahora:

Tipo: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Actividades en las que el individuo no debe participar. _____

Información del Seguro Médico:

Compañía: _____

Numero de Plan: _____ Identificación del Empleado _____

Contactos de Emergencia:

Padre o Guardian Nombre (primer, segundo, apellido) _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono durante la noche: _____

Otro Contacto:

Nombre (Primer, segundo, apellido): _____ Teléfono (incluye área) _____

Relación (amigo, vecino, compañero de trabajo): _____