

FORMA MÉDICA de NIÑOS
Ventana Wildlife Society

Por favor llenar ambos lados completamente y firmar el permiso para el tratamiento médico.

Información general

Nombre de Niño _____

Direction _____

Teléfono de Casa _____ Fecha de Nacimiento _____

Madre _____ Teléfono de empleo _____

Padre _____ Teléfono de empleo _____

Liste los números de teléfono adicionales donde pueden ser alcanzados en caso de una emergencia:

Por favor lista esos autorizó a recoger la juventud o que puede ser llamado si guardianes no pueden ser alcanzados. (Note que esa juventud no será permitida salir con cualquier otra persona sin el consentimiento escrito del guardián)

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información médica

¿Tiene su niño alergias a cualquier droga, o comida? Si No Describe lo por favor:

¿Tiene su niño el riesgo del reacción anafiláctico de una alergia, pica de abeja? Si No

¿Si sí, lleva su niño un jeringa de epinefrina o una Epi-Pen? Yes No

¿Tiene su niño alguna restricción dietética? _____

Note por favor cualquier historia o la enfermedad grave (la diabetes, la epilepsia, las condiciones cardíacas, etc.):

Es su niño tomando medicina? Yes No

Van a necesitar medicina durante nuestro programa? Si No

Si sí, escribir por favor las instrucciones: _____

Tenemos su permiso para dar acetamenophin a su niño? Si No

Tenemos su permiso para dar ibuprofen a su niño? Si No

Puede nadar su niño? Si No Si sí, describe la habilidad: _____

Por favor lista cualquier otra información.: _____

Información de emergencia

Nombre de médico _____ Número de teléfono _____

Dirreccion: _____

Seguro de Salud: _____

Grupo # _____ Numero de Teléfono _____ Tipo de Seguro _____

Permiso para el Tratamiento Médico

Los procedimientos administrativos varían entre el personal y centros médicos con consideraciones a la provisión del cuidado médico para un niño en ausencia del padre. El procedimiento exacto requerido por el médico o el hospital para ser utilizado en emergencias debe ser verificado antes.

En caso de un accidente o la emergencia, yo autorizo a un empleado de la Ventana Wildlife Society a llevar mi niño al médico o al más cercano hospital para tratamiento de la emergencia por exámenes y procedimientos necesarios para la seguridad y la protección del niño. Soy responsable por todos los costos médicos.

Firma de Padre _____ Fecha _____