

**PARAMOUNT CARE FOUNDATION**  
**Programa de Despues de Escuela**  
**\*Forma Medica Mandatoria**

**2017-2018**

**Grado:** \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_

Nombre/Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_  
Tel. # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**

Nombre del Padre/Guardian \_\_\_\_\_  
Direccion (si diferente del estudiante) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Tel #(Casa)(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Trabajo) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Cel # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**E-mail** \_\_\_\_\_

**Contacto Alternativo" (Ponga a alguien cercano)**

Nombre \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Tel #(Casa)(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Trabajo) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si tiene aseguranza medica, en caso de algun accidente mientras su niño este en la actividad, se le cobrara a su proveedor.

Tiene aseguranza medica? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Nombre de la aseguranza \_\_\_\_\_

# de Poliza \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

A nombre de quien esta la aseguranza?  
\_\_\_\_\_

Doctor Familiar \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ # Tel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si su niño require atencion medica por lesiones recibidas o enfermedades contraidas antes de la actividad, por favor mandenos la informacion necesaria para darle al estudiante el cuidado medico apropiado durante el tiempo que este en la actividad.

Historia Medica

Alguna condicion medica pre-existente o presente?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y dosis de cualquier medicamento que se debe de tomar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias? \_\_\_\_\_

a Medicamentos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hay fever \_\_\_\_ Condition del corazon \_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_ a Insectos

\_\_\_\_\_ Epilepsia/Desordenes Nerviosos \_\_\_\_ Asma \_\_\_\_ transtornos del estomago

\_\_\_\_\_ Incapacidad fisica \_\_\_\_ Alguna enfermedad grave en el ultimo año \_\_\_\_\_

Si marco algo arriba, por favor de detalles (ejem: incluya el tratamiento normal a reacciones alergicas) \_\_\_\_\_

Fecha de ultima vacuna del Tetanos \_\_\_\_\_ Lentes de contacto? \_\_\_\_\_

Algunas restricciones para nadar? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Cual? \_\_\_\_\_

Alguna restriccion de actividades? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si Cual? \_\_\_\_\_

Declaracion de liberacion de Responsabilidad

\*Yo entiendo que si atencion medica en necesaria, se hara lo posible por contactar a las personas en esta forma inmediateamente. Si no me pueden localizar en una emergencia durante las fechas de la actividad de esta forma, Yo doy mi permiso al doctor o dentista elegido por el lider de la actividad para hospitalizar, para asegurar tratamiento medico y/o ordenar inyecciones, anestesia, o cirugia para mi niño/a como sea necesario.

\*Yo entiendo que todas las medidas de seguridad razonables se tomaran todo el tiempo por Paramount Care Foundation y Emmanuel Reformed Church y sus agentes durante el evento y actividades. Yo entiendo la posibilidad de peligros imprevistos y se de la posibilidad de riesgos. Yo estoy de acuerdo en no responsabilizar a Paramount Care Foundation o Emmanuel Reformed Church , sus lideres, empleados, y voluntarios por daños, perdidas, enfermedades, o lesiones ocurridas al niño nombrado en esta forma.

Firma del Padre o Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

***Doy permiso al programa de tomar y publicar en sus redes sociales, fotos de mi hijo/ a para uso de promocion. \_\_\_\_\_ Iniciales***

**Esta forma es efectiva a partir de Septiembre 2017 a Junio 2018 o al menos que sea revocada por escrito.**