

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

2023-2024

Grado: _____

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 _____

Contact Alterno" (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 el Programa.

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 inmediatamente. 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 Agosto 2023 a Mayo 2024, o al menos que sea revocada por escrito.