

# Permiso Médico para el Aventurero

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Fecha de última vacuna contra el tétanos \_\_\_\_\_

*Alergias a drogas o comidas:*



*Medicamentos especiales o información pertinente:*

*Lista de restricciones:*

\_\_\_\_\_  
Número telefónico del padre

\_\_\_\_\_  
Número telefónico de trabajo del padre

\_\_\_\_\_  
Número telefónico de la madre

\_\_\_\_\_  
Número telefónico de trabajo de la madre

Número de emergencia (amistad/familiar) \_\_\_\_\_

Nombre de pediatra \_\_\_\_\_ Número telefónico de pediatra \_\_\_\_\_

Dirección de pediatra \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

## **Autorización para tratar médicamente al menor**

Yo (nosotros) el padre, los padres o tutor de \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, doy permiso al médico escogido por los líderes del club a hospitalizar, asegurar tratamiento apropiado, dar permiso para las inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo.

Como padre/tutor del solicitante, estoy a favor de mi hijo asistir a las funciones del club y acepto las condiciones declaradas aquí. El historial médico está correcto y actualizado hasta que yo sepa, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del club, excepto las anotadas. Doy permiso para fotocopiar este permiso médico.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

*Esta sección es para un notario certificar si su estado/provincia lo requiere*

\_\_\_\_\_