

Revelación Médica

**Esta forma toma efecto inmediatamente y nunca se vence**

Si cambia alguna información referente a esta forma, el padre/tutor debe presentar los cambios en escrito al ministro de jóvenes. Estos cambios incluyen pero no se limitan a: cambios en historia médica, información de seguridad, condiciones médicas, números de teléfono de contactos de emergencia, etc.

**Información del Estudiante:**

---

**Nombre:** Primer Apellido Inicial **Edad:** **Fecha de Nacimiento:**  
**Grado:** **Sexo:** **Hombre** **Mujer** **Correo Electrónico:**  
**Dirección** **Ciudad:** **Estado:**  
**Teléfono de Casa:** **Celular:** **Talla de Camiseta:**

**Información de Padre/Tutor:**

---

**Nombre de Madre/Tutora:** Primer Apellido Inicial  
**Teléfono de Casa:** **Celular:** **Teléfono del Trabajo:**  
**Nombre de Padre/Tutor:** Primer Apellido Inicial  
**Teléfono de Casa:** **Celular:** **Teléfono del Trabajo:**

**Información de Contacto de Emergencia**

---

**En caso de emergencia, si no nos podemos comunicar con los padres o tutores, nos comunicaremos con el contacto de emergencia del estudiante.**

**Nombre de Contacto de Emergencia:** Primer Apellido Inicial  
**Teléfono de Casa:** **Celular:** **Teléfono del Trabajo:**

**Información Médica:**

---

**Aseguranza Medica:** **# de Póliza:**  
**# de Grupo:** **# de Teléfono de Aseguranza:**  
**Nombre en la Póliza:** **Doctor de Familia:**  
**# de Teléfono del Doctor de Familia:**

Revelación Médica

**Historia Medica:**

Si es necesario, favor de describir en detalle la naturaleza y seriedad de cualquier enfermedad, tendencia, debilidad, limitación, discapacidad o condición física o psicológica a la cual esta sujeto su hijo/a y del cual el ministro y personal debe estar conciente para poder responder apropiadamente. **Favor de someter esta notificación en escrito e incluirla con esta forma. Favor de incluir nombres de medicamentos y dosis que se deben tomar.**

**Favor de contestar las siguientes preguntas:**

**1) Su hijo/a es alérgico a algunas de estas: (Favor de escribir detalles en las líneas)**

**Polen                      Medicaciones                      Comida                      Piquetes de insectos                      Otra**

**2) Su hijo/a sufre de algunas de estas enfermedades: (Favor de escribir detalles en las líneas)**

**Asma                      Ataques epilépticos                      Problemas/Defectos de corazón                      Diabetes**  
**Problemas del estomago                      Discapacidad Mental/Física**

**3) Cuando fue la ultima vacuna de tétano de su hijo/a?**

**4) Favor de dar una lista de enfermedades o procedimientos de cirugía que su hijo/a ha tenido recientemente:**

**5) Favor de incluir comentarios adicionales sobre la situación medica de su hijo/a:**

**6) Hay alguna razón que las actividades de su hijo/a deben ser limitadas? Favor de explicar:**

**Esta forma da permiso para obtener la atención médica necesaria, y libera a la Iglesia de Cristo en Eastwood y el personal de la Iglesia de responsabilidad de pérdidas personales del estudiante mencionado.**

Yo/nosotros los infrascritos tenemos custodia legal del estudiante mencionado y le damos permiso para que el/ella participe en los eventos organizados por la iglesia de Cristo en Eastwood. Yo/nosotros entendemos que hay riesgos en todos los eventos de ministerio y deportes, y yo/nosotros liberamos a Eastwood, los ministros, adultos, empleados, agentes y voluntarios de ser responsables de heridas, pérdida o daño de propiedad o de personas, durante el tiempo que nuestro/mi hijo/a participa en estos eventos. En caso de que el/ella es lastimado y requiere atención medica, yo/nosotros damos permiso para que reciban la atención medica necesaria de un doctor licenciado. En caso de que se requiera tratamiento de un doctor y/ o hospital designado por Eastwood, yo/nosotros comprendemos que la Iglesia de Cristo en Eastwood no es responsable de demandas o litigios de daños que ocurren debido al consentimiento mencionado. Yo/nosotros también reconocemos que yo/nosotros seremos responsables por el costo de cualquier cuidado medico si nuestra aseguranza no rembolsa el costo del cuidado medico o si no estamos cubiertos por aseguranza medica. Yo/nosotros afirmamos que a la fecha, la información de nuestra aseguranza medica esta al corriente y correcta y seguirá activa para el estudiante mencionado. Yo/nosotros estamos de acuerdo en recoger o mandar a casa a mi/nuestro hijo/a en caso de que se enfermen o el ministro de jóvenes, personal o voluntarios lo piensen necesario.

**Firma de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Si cambia alguna información referente a esta forma, el padre/tutor debe presentar los cambios en escrito al ministro de jóvenes. Estos cambios incluyen pero no se limitan a: cambios en historia médica, información de aseguranza, condiciones médicas, números de teléfono de contactos de emergencia, etc.