

20__-20__ Formulario de Liberacion Medica

Nombre: _____ Edad: _____

Direccion de Correo: _____Codigo Postal: _____

Numeros de Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Los Padres: _____ Grado: _____

Correo Electronico: _____

Cuidado Medico & Autorizacion de Informacion Medica

PARA EL MEDICO ASISTENTE, HOSPITAL Y PERSONAL

Se le otorga permiso a discrecion de el personal y/o patrocinadores de el LH Center para realizar el cuidado necesario para el bienestar de nuestro nino hasta que se nos pueda contactar personalmente.

_____ Permitido: _____
Fecha (Nombre y relacion con el nino)

***Deveran ser padres naturales o adoptivos, o guardian legal**

Permiso para la Van

Yo, tambien doy permiso de que mi hijo/a viaje en la van de la iglesia durante actividades de la iglesia e incluyendo eventos especiales y que sean levantados y traedidos de regreso a casa, pero no limitado a lo enlistado.

Direccion fisica _____

Liberacion de Responsabilidad

Yo, _____, por lo presente libero y absuelvo, indemnizo y libero de cualquier dano a el LH Center, un ministerio de Island Baptist Church, los organizadores, patrocinadores, y supervisors de cualquier y complete perdida, herida, o cualquier otro dano a nosotros o a la persona nombrada anteriormente que pueda resultar de su participacion en los eventos patronizados por la iglesia. En caso de alguna herida a nuestro hijo/a, yo por lo presente libero cualquier reclamo hacia los organizadores, patrocinadores, o a cualquier supervisor asignado por ellos. Nosotros tambien liberamos de responsabilidad a la persona transportando a nuestro hijo/a hacia y de regreso de las actividades.

_____ Firma: _____
Fecha (Nombre y relacion con el nino/a)

*** Deveran ser padres naturales o adoptivos, o guardian legal**

_____ Inicial aquí si usted no da su consentimiento para que la imagen de su hijo sea usada en nuestras páginas de medios sociales.

Compania de Aseguranza en caso de Hospitalizacion: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Certificado: _____

Nombre de el asegurado: _____

Vacunas (Fecha recibida): _____ Tetanus: _____

Nombre de Medico(s): _____ Numero de Telefono: _____

Alergias y medicamentos:

Lista de alergias conocidas: _____

Lista de medicamento recetado permanente que su hijo/a esta tomando actualmente;
anote la frecuencia y la dosis: _____

Personas a llamar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Telefono de casa: _____

Telefono de oficina: _____

Biper/celular: _____

Otros: _____ Telefono de casa: _____

Telefono de oficina: _____

Biper/ celular: _____

He recibido una copia de el codigo de Conducta

Firma: _____ Date _____