



Forma de Información de Emergencia Médica
YSLETA LUTHERAN MISSION HUMAN CARE
Adelante Ministries



Nombre: _____
 Plan de Salud: _____ # de Póliza _____
 # de teléfono de Plan para confirmar: _____

El Participante Tiene: (Si contesta “SI” explique)

____ SI ____ NO Alergias: _____
 ____ SI ____ NO Condiciones del Corazón: _____
 ____ SI ____ NO Otras: _____

El Participante Es Sujeto A: (Si contesta “SI” explique)

____ SI ____ NO Dolores de Cabeza: _____
 ____ SI ____ NO Seizures: _____
 ____ SI ____ NO Enfermedad de Moción: _____
 ____ SI ____ NO Desmayos: _____
 ____ SI ____ NO Sonambulismo: _____
 ____ SI ____ NO Estomago Revuelto: _____
 ____ SI ____ NO Otros: _____

El Participante Tiene Reacciones A: (Si contesta “SI” explique)

____ SI ____ NO Acadura de abeja: _____
 ____ SI ____ NO Penicilina _____
 ____ SI ____ NO Otras Medicinas: _____
 ____ SI ____ NO Comidas: _____
 ____ SI ____ NO Poison Ivy, Oak, Sumac: _____
 ____ SI ____ NO Otros _____
 ____ SI ____ NO Ha tenido alguna enfermedad seria o una surgía en los pasados 3 años: _____
 ____ SI ____ NO Tiene alguna condición que pudiera prevenirlo de participar en sonidos de Ysleta? Por favor enlístelos: _____
 ____ SI ____ NO Hay alguna medicina que no sea efectiva en el (ella): _____
 ____ SI ____ NO Es diabético: _____
 ____ SI ____ NO Tiene problemas de visión o de oído: _____
 ____ SI ____ NO Usa lentes, lentes de contacto, O aparatos auditivos: _____

Por favor indique **CUALQUIER COSA** que pudiéramos saber para prevenir cualquier situación de riesgo. _____

Persona a contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre alternativo: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN para TRATAMIENTO MÉDICO y para VIAJAR
Ysleta Lutheran Mission Human Care
Adelante Ministries

A Quién corresponda:

Doy permiso a _____ (nombre complete de joven/niño) de participar en el 2015 Adelante Ministries Musical Youth Retreat que ha sido organizado por Ysleta Lutheran Mission Human Care y cual se llevara a cabo en Trinity Lutheran Church en Alamogordo, NM.

Yo autorizo a un representante de Ysleta Lutheran Mission Human Care de dar el consentimiento y autorización a un tratamiento médico, cirugía, o cuidado dental que pudiera suscitarse y considerarse necesario por un medico profesional o por un doctor autorizado en caso de una emergencia médica.

También doy permiso que mi hijo(a) participe en cualquier y todas las actividades patrocinadas por Ysleta Lutheran Mission Human Care y aliviar cualquier responsabilidad si mi hijo fuera ser lastimado físicamente de alguna manera o forma.

Firmas de Padres / Tutores:

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

