

TARJETA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA
COMPLETE Y DEVUELVA ESTA TARJETA INMEDIATAMENTE. ESTA TARJETA ES VITAL.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Su hijo puede estar inconsciente cuando se necesite información médica y personal. (Yo), (nosotros), los abajo firmantes padres o tutor legal de _____, menor de edad, autoriza al representante de La Parroquia de San Bernardo como agentes de los firmantes a dar su consentimiento a exámenes de rayos X, anestésicos, diagnósticos y tratamientos médicos o quirúrgicos y atención de hospital que se considera conveniente a ser dados bajo la supervisión general o especial de médicos y cirujanos con licencia conforme a las disposiciones de la Ley de Práctica de Medicina de California sobre el personal médico de un hospital acreditado, si tal diagnóstico o tratamiento se procesa en la Oficina de dicho médico o en dicho hospital. Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención de hospital específico sea necesaria pero es para darle autoridad y poder a los agentes mencionados para dar su consentimiento específico para todo diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el médico mencionado considere mejor conveniente.

Esta autorización se da conforme a las disposiciones de la sección 25.8 del código de Procedimiento Civil de California. Esta autorización se mantendrá efectiva hasta _____, 20_____, a menos que antes sea revocado por escrito y entregado a los agentes mencionados.

Firma de la madre/Padre/Tutor _____ Fecha _____

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Fecha de nacimiento del estudiante _____ Altura _____ Peso _____

Domicilio _____ ZP _____

En caso de emergencia, enfermedad o accidenté al estudiante nombrado, la Iglesia esta autorizada a proceder estas indicaciones:

1. Llamar al la madre, padre o tutor legal del estudiante.

Nombre de la Madre/Padre/Tutor _____ Teléfono de día de la Madre/Padre/Tutor _____

2. Llamar al Medico.

Nombre del Medico _____ Teléfono de día _____

3. Si no puede ponerse en contacto con la madre, el padre o tutor legal del estudiante llame a este familiar, amigo o vecino.

Nombre _____ Teléfono de día _____

Historia Médica

Por favor conteste todas las preguntas. Comente a todas las respuestas afirmativas en el espacio proporcionado a continuación.

¿Su hija/o a tenido?

CIRUGIAS DE:

Fiebre Escarlatina	Si	No
Sarampión	Si	No
Rubéola	Si	No
Paperas	Si	No
Varicela Problemas de dientes	Si	No
Sinusitis	Si	No
Problemas de ojos	Si	No
Problema de oídos/nariz/garganta	Si	No

Apendicetomía	Si	No
Amigdalectomía	Si	No
Reparación de hernia	Si	No
Otros:		
Ataques epilépticos	Si	No
Resfriados recurrentes	Si	No
Traumatismo craneal	Si	No
Fiebre alérgico	Si	No
Asma	Si	No
Tuberculosis	Si	No
Tos crónica	Si	No
Rodilla o hombro deslocado	Si	No
Problema de espalda	Si	No
Quiste, tumor, cáncer	Si	No
Problema intestinal	Si	No
Problema vesiculares biliar	Si	No
Ruptura, hernia, desmayos, mareos	Si	No
Urinación frecuente	Si	No
Periodos irregulares (mujeres)	Si	No

¿Alergias a lo siguiente?

Penicilina	Si	No
Sulfanilamidas	Si	No
Suero	Si	No
Alimentos (liste abajo)	Si	No
Otros:		
Palpitaciones (corazón)	Si	No
Presión arterial	Si	No
Fiebre reumática	Si	No

Por favor liste aquí cualquier medicamento tomado por su hija/o: _____

¿Se han hecho instrucciones especiales relativas a las actividades escolares de su hija/o por su medico? Si No Si sí explique _____