



ROCK BROOK SCHOOL 2021-2022 FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

* Requerida todas las entradas en este formulario

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado código postal

Nombre de la Madre: _____

Telefono: _____

Nombre del Padre: _____

Telefono: _____

Nombre del Médico del Estudiante: _____

Telefono: _____

Dirección: _____

Seguro de Salud: _____

ID#: _____ Grupo# _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

1. Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____ Telefono: _____

2. Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

Tiene el estudiante alguna alergia? (SI/NO)

Enliste las alergias, si tiene alguna: _____

Existe alguna condición médica que pueda restringir al estudiante de participar en alguna actividad? (SI/NO)

Si su respuesta fue SÍ, por favor explique: _____

Cualquier otra condición que la enfermera necesite saber?

Autorización de Padre y Guardianes Legales yo reconozco que existe el riesgo de ser lesionado en cualquier actividad física. Para el mejor de mi conocimiento, la información anteriormente mencionada es correcta y completa. Doy permiso para que mi hijo(a) participe en todas las actividades envueltas en este programa. En el evento que no pueda ser contactada durante una emergencia, accidente o lesión, la cual ocurra mientras el estudiante atiende Rock Brook School, por la presente doy permiso para que el adulto representante de Rock Brook asegure cualquier cuidado médico u hospitalario que sea necesario y concuerdo con la responsabilidad financiera del cuidado. Además sostengo Rock Brook School y sus representantes sean inofensivos e indemnizados contra cualquier responsabilidad o pérdida ocurrido en conexión con cualquier lesión o como resultado del tratamiento prestado conforme al permiso de participación del estudiante en cuestión.

Firma del padre o representante: _____

Fecha: _____