

## Forma de Informacion Medica ~ 2016-2017

Nombre del estudiante:	
Grado Escolar (Otoño '16):	Nombre de la escuela:
Dirección, Cd, Código Postal:	
Teléfono:	
Nombre de los Padres o Guardianes	
Tel. del Trabajo (emergencia):	
N° de celular (emergencia):	
N° de celular del estudiante (emergencia)	
Email del estudiante:	
Email de los padres	
N° de un contacto en caso de emergencia	

**Consentimiento escrito:** El que aquí firma, en forma individual, o de parte del padre o guardián de la persona menor, o de parte de la persona menor listada en este formulario, reconozco que la participación en las actividades y viajes fuera del predio de la iglesia envuelven ciertos riesgos. El que aquí firma, libera, exonera e indemniza la iglesia de All Saints, sus empleados, agentes, y personal voluntario de toda responsabilidad por daños, perjuicios, o enfermedades causadas a la persona menor o a sus pertenencias durante la participación en actividades o viajes fuera del predio de la iglesia. Consiento que cualquier actividad que requiera transportación saliendo del predio de la iglesia requiere un consentimiento firmado para cada actividad, excepto en caso de emergencia. Yo doy permiso a que mi hijo sea fotografiado durante eventos de la iglesia y diócesis, y que las fotos sean publicadas por la iglesia y la diócesis.

Imprimir el nombre del padre: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*\*

### Código de Conducta

1. Está totalmente prohibido el uso de drogas, alcohol, tabaco, fuegos artificiales, fósforos, encendedores o cualquier objeto que ponga en riesgo a personas o propiedad.
2. Vestirse con ropa apropiada (por favor recuerde que esta en la iglesia)
3. El lenguaje usado y el comportamiento debe ejemplificar los valores cristianos.
4. Se espera que Ud. respete los derechos y propiedades de los demás.
5. Ninguna persona tiene permiso de retirarse del predio (área donde las actividades toman lugar) sin pedir permiso a su coordinador o maestro/a.
6. Se espera que los participantes participen en todos los eventos y actividades.
7. El uso de TELEFONOS CELULARES está permitido solo antes y después de las actividades. Si un teléfono interrumpe una actividad o evento, puede ser confiscado por alguno de los ministros, coordinadores del programa, o adulto a cargo por el resto del evento. Solo los padres pueden reclamar el teléfono confiscado en la oficina de la iglesia durante los horarios de atención.

Acuerdo que mi hijo/a debe atenerse a las reglas y regulaciones que se imponen en este código de conducta. Acuerdo que si mi hijo/a no cumpliera con atenerse al código de conducta, o cometiera alguna actividad que su coordinador considere inapropiada, el o ella va a ser expulsado/a y enviado/a a la casa a mi propia expensa, no pudiendo reclamar reembolso.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

He leído y entendido el código de conducta para los estudiantes y participantes, y me atenderé a dicho código. En adición me atenderé a las directivas impartidas por mis superiores, adultos a cargo y maestros, a no ser que las directivas sean moral o físicamente peligrosas para mi. Si eso sucediera, buscaré inmediata ayuda en otro adulto a cargo. Comprendo y acuerdo que mis padres serán notificados al momento de cualquier infracción que yo incurriera y requiera la expulsión de ese evento, y que seré enviado a mi casa a expensas de mis padres. También comprendo que la posesión de cualquier producto derivado del tabaco, bebidas alcohólicas o drogas son causa de inmediata expulsión de ese evento.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CONTINUAR EN LA PAGINA DE ATRAS**

## Forma de Informacion Medica ~ 2016-2017

### ALL SAINTS CATHOLIC CHURCH

#### HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA PERMANENTE, Consentimiento de Riesgos y Código de Conducta (2016-2017)

**\*Nota: Este forma permanecerá archivada por un año. En caso de cambios en dicha forma, es su responsabilidad comunicar a Annie Nassis dichos cambios.**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Se adjunta el código de conducta del participante. Yo \_\_\_\_\_ (nombre del padre o guardián) entiendo que se espera cierta conducta de todos los jóvenes y adultos que atienden cualquier evento organizado por la iglesia. Firmando al pie de la forma, afirmo que mi hijo/a ha leído, firmado y entendido el código de conducta. Comprendo que cualquier tipo de violación al código de conducta ocasionado por un joven, está sujeto a que se lo/la expulse de la actividad. Entiendo que si el joven incurriera en violación del código de conducta, yo seré contactado e informado por teléfono en el momento que la infracción haya sucedido, sin importar la hora que sea. También entiendo que todos los arreglos y costos de transporte a la casa serán responsabilidad del padre o guardián.

#### DATOS MEDICOS

FIRMAR abajo el punto A o B

Certifico de buena fe que mi hijo goza de buena salud. Asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo/a. De las siguientes descripciones sobre temas de salud solo firme aquellas en las que Ud. está de acuerdo:

#### TRATAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

En caso de emergencia, doy permiso a transportar a mi hijo/a al hospital para tratamiento o cirugía. Deseo ser informado antes que un tratamiento sea suministrado por el hospital o doctor. En caso de emergencia, si no se me puede localizar en los teléfonos listados arriba llame al siguiente NUMERO \_\_\_\_\_

Imprima su Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de persona para contactar \_\_\_\_\_ Relación con el joven: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

#### OTROS TRATAMIENTOS MEDICOS

En el caso que los miembros de la iglesia, adultos a cargo, o representantes relacionados al evento noten que mi hijo/a esta enfermo/a con síntomas como fiebre, dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, diarrea; quiero ser informado con una llamada a mi cargo (cargo revertido)

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mi hijo/a está tomando medicación en el presente. Mi hijo/a va a traer la medicación necesaria y dicha medicación va a tener el nombre en el envase. Se debe incluir: nombre de la medicina, forma de controlar que se consume, dirección del uso, dosis y frecuencia. Indique toda esta información en los renglones de abajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**A.** Concedo permiso de dar a mi hijo/a las siguientes medicinas si se considerará necesario: Tylenol, Ibuprofeno, jarabe para la tos, pastillas para el dolor de garganta, etc.

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**B.** No permito que se administre a mi hijo/a ningún tipo de medicamento, excepto que su vida corriera peligro y la emergencia lo requiriera.

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Dieta especial o Alergias? \_\_\_\_\_

¿Limitaciones Físicas? \_\_\_\_\_

¿Condiciones médicas especiales? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CONTINUAR EN LA PAGINA DE ATRAS**