

¡Por favor, llene un formulario **DUPLICADO** de esta Ficha de Salud **en INGLÉS** para asegurar un tratamiento médico de emergencia más rápido!



# Ficha de salud del Club de Aventureros

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna antitetánica \_\_\_\_\_

Alergias (a alimentos o medicamentos) \_\_\_\_\_

Cualquier medicamento especial o información pertinente \_\_\_\_\_

Escribir las restricciones \_\_\_\_\_

**Personas autorizadas para recoger a mi hijo de la clase:** \_\_\_\_\_

## Números de teléfono en los que se puede localizar a los padres:

Padre \_\_\_\_\_  
Nombre Número de teléfono móvil Número de teléfono alternativo

Madre \_\_\_\_\_  
Nombre Número de teléfono móvil Número de teléfono alternativo

Teléfono de emergencia (amigo o familiar) \_\_\_\_\_  
Nombre Número de teléfono

Médico de familia \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono del médico

Dirección del médico/clínica \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado

Hospital preferido \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Numero de Poliza \_\_\_\_\_

## Autorización para tratar a un menor

Yo (nosotros) el padre, madre o tutor legal abajo firmante de: \_\_\_\_\_  
Nombre del niño aventurero

En caso de emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por los directores del club para que hospitalice, asegure el tratamiento adecuado y ordene inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo. Como padre o tutor legal del solicitante, estoy a favor de que asista a las funciones del club y acepto las condiciones mencionadas. El historial de salud declarado es correcto hasta donde yo sé, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades del club prescritas, excepto las indicadas. Además, he leído y comprendido la declaración de Autorización de Emergencia y doy mi pleno consentimiento a los términos que se encuentran en ella. Se concede el permiso para fotocopiar este registro de salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha