

HOJA DE INFORMACION MEDICA DEL ACAMPANTE

Completar esta página y adjuntarla a la Registración de su acampante. Se debe llenar una Hoja separada por cada joven ó señorita asistente al Campamento.

Nombre del Acampante: _____ Sexo: ___ M ___ F

Edad: _____ años Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ / (mes/día/año)

Nombre de la persona que completó esta página: _____

¿Tiene el acampante seguro médico? ___ Si ___ No.

Nombre del Seguro Médico, si tuviera: _____

¿Sufre el acampante de alergias? ___ Si ___ No ___ No estoy seguro

Si fuera así, ¿que alergias sufre el acampante? _____

¿Toma medicinas de prescripción médica el acampante? ___ Si ___ No

Si fuera así, ¿que medicinas toma, y con que frecuencia?

1. Nombre de la medicina: _____ Frecuencia: _____

2. Nombre de la medicina: _____ Frecuencia: _____

3. Nombre de la medicina: _____ Frecuencia: _____

¿Hay comidas que por razones médicas el joven puede comer? ___ Si ___ No

Si fuera así, ¿que comidas no puede comer? _____

¿Tiene el acampante todas las vacunas al día? ___ Si ___ No

Si no fuera así, ¿que vacunas no tiene el acampante? _____

¿Hay alguna otra información que debemos saber acerca de la salud del acampante?

Leer y firmar la siguiente declaración:

Yo, como responsable del acampante, aseguro que he provisto esta información en forma veraz y completa, de acuerdo a mi mejor conocimiento del estado de salud del joven. Doy permiso al personal médico de Sandy Creek Bible Camp a administrar las medicinas correspondientes, y a usar cualquier procedimiento de emergencia ó internación del acampante, si esto fuera necesario.

Firma del padre, madre ó responsable: _____ Fecha: ___ / ___ / ___ /