



Totus Tuus del 2018: Historial de Salud y Formulario de Autorización del Participante

Por favor solo utilizar tinta azul o tinta negra para rellenar.



Sección I: Información de Contacto

Nombre del Participante: _____ Apodo: _____
PRIMER NOMBRE INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Genero: Masculino Femenino
MES DIA AÑO

Grado (Otoño 2018): _____ Escuela: _____

Dirección de casa: _____
CALLE CIUDAD ESTADO ZIP

Nombre del Padre/ Guardián: _____ Relación: _____
NOMBRE APELLIDO

Teléfono del Padre/ Guardián: _____ Casa Celular Trabajo

Correo Electrónico de Padre/ Guardián: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
(SI NO HEMOS PODIDO CONTACTAR AL PADRE/ GUARDIÁN) NOMBRE APELLIDO

Teléfono del Contacto de Emergencia: _____ Casa Celular Trabajo

Seleccione una palabra clave para ser utilizado por aquellos recogiendo a su(s) hijo(s): _____

PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE NUESTROS NIÑOS PEDIMOS QUE **TODA PERSONA** (INCLUYENDO A LOS PADRES) RECOGIENDO A SU(S) HIJO(S) PROPORCIONEN ESTA PALABRA CLAVE A NUESTRO VOLUNTARIO DE SALIDA ANTES QUE EL NIÑO SALGA. POR FAVOR INFORMEN A LOS QUE TRANSPORTARAN A SUS HIJOS DE ESTA PALABRA CLAVE QUE A SIDO SELECCIONADA. SOLO UNA PALABRA CLAVA POR FAMILIA ES NECESARIA. POR FAVOR SELECCIONE LA MISA PALABRA CLAVE PARA CADA UNO DE SUS HIJOS.

Por favor escriba abajo cualquier individuo que **NO ESTA AUTORIZADO** a recoger a su hijo del campamento:

Nombre: _____ Relación: _____
NOMBRE APELLIDO

Nombre: _____ Relación: _____
NOMBRE APELLIDO

RAZONES (opcional): _____

Sección II: Información del Seguro de Salud

El participante esta cubierto por el seguro medico/ seguro de hospital de la familia? Si No

Nombre del Seguro: _____

de Grupo: _____ # de Miembro: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación: _____
NOMBRE APELLIDO

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sección III: Historial de Salud

Por favor sepan que valoramos su privacidad. La información del Historial de Salud esta disponible solo para el equipo de Primeros Auxilios y de nuestro personal.

El participante tiene un historial de lo siguiente:

1. Asma 2. Diabetes 3. Convulsiones 4. Mareos
 5. Dolores de Cabeza 6. Defecto del Corazón 7. Alergias 8. Lesión Reciente

Por favor escriba el numero y proporcione una explicación de los elementos seleccionados: _____

Sección IV: Medicamentos

Si un padre o guardián del participante es incapaz de estar presente para administrar cualquier medicamento necesario, solamente un Miembro del Personal de SJN o un Voluntario de Primeros Auxilios del Campamento de SJN puede administrar la medicación conforme a esta autorización.

Instrucciones escritas directamente del medico del niño deben ser proporcionados y deben declarar lo siguiente:

1. El nombre del niño;
2. El nombre del medicamento;
3. La dosis adecuada de la medicación;
4. El propósito de la medicación;
5. La hora del día/ circunstancia en las que el medicamento debe ser administrado;
6. El numero previsto de días que el medicamento debe ser administrado; y
7. Los posibles efectos secundarios de la medicación.

Todo medicamento deber estar en un recipiente debidamente etiquetado por la farmacia o el medico del niño y debe ser recogido con el niño al final del día. Si un niño tiene una condición que podría requerir medicamentos en caso de emergencia (por ejemplo en el caso de una reacción alérgica o un ataque de asma) el padre del niño o guardián legal debe proporcionar toda la información necesaria y entrenar o dar instrucciones al personal/ voluntario que estaría responsable de la administrar de tal medicación o de realizar de este tipo de procedimiento medico.

Sección V: Liberación

YO LIBERO A LA IGLESIA DE SAN JUAN JEUMANN, LA DIOCESIS DE CHARLOTTE, Y CUALQUIER TRABAJADOR DEL CAMPAMENTO DE VERANO DE SJN DE RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER REACCION ADVERSA SUFRIDO POR MI HIJO COMO RESULTADO DE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS A MI HIJO DE ACUERDO CON LA INSTRUCCIONES ESCRITAS DEL MEDICO DEL NINO. ACEPTO INDEMNIZAR A LA IGLESIA DE SAN JUAN NEUMANN, LA DIOCESIS DE CHARLOTTE, Y CUALQUIER TRABAJADOR DEL CAMPAMENTO DE VERANO DE SAN JUAN NEUMANN DE CUALQUIER GASTOS MEDICOS, GASTOS LEGALES, O RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON CUALQUIER REACCION ADVERSA SUFRIDO POR MI HIJO DE ACUERDO CON LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS DEL MEDICO DEL NINO. AUTORIZO A LOS TRABAJADORES DEL CAMPAMENTO DE VERANO DE SJN PARA AUTORIZAR Y DEL CONSENTIMIENTO PARA CUALQUIER ATENCION MEDICA PARA MI HIJO QUE EL/ ELLA RAZONABLEMENTE CONSIDERA NECESARIO, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA HOSPITALIZACION O CIRUGIA. ACEPTO PAGAR CUALQUIER GASTO RELACIONADO A LA ATENCION MEDICA DICHO. ENTIENDO QUE CUALQUIER GASTOS MEDICOS RELACIONADOS CON ENFERMEDADES O LESIONES A MI HIJO MIENTRAS EN EL CAMPAMENTO NO ESTAN CUBIERTOS POR CUALQUIER PROGRAMA DE SEGUROS MANTENIDOS POR LA IGLESIA DE SAN JUAN NEUMANN O LA DIOCESIS DE CHARLOTTE Y ENTIENDO QUE YO SOY EL PRINCIPAL RESPONSABLE DE PAGAR TALES GASTOS. ASUMO RESPONSABILIDAD POR EL RIESGO DE ENFERMEDAD O LESIONES QUE MI HIJO PUEDE INCURRIR POR PARTICIPAR EN EL CAMPAMENTO DE VERANO DE SJN. LIBERO A LA IGLESIA SAN JUAN NEUMANN Y CUALQUIER TRABAJADOR DEL CAMPAMENTO DE VERANO DE SJN DE RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIONES QUE MI HIJO PUEDE INCURRIR YA SEA CAUSADO CON O SIN FALLOS POR LA IGLESIA SAN JUAN NEUMANN, LA DIOCESIS DE CHARLOTTE O CUALQUIER TRABAJADOR DEL CAMPAMENTO DE VERANO DE SJN. AUTORIZO A LA IGLESIA DE SAN JUAN NEUMANN, Y LA DIOCESIS DE CHARLOTTE DE USO DE FOTOS O VIDEOS DE MI HIJO TOMADAS DURANTE EL CAMPAMENTO DE VERANO DE SJN CON FINES DE PROMOCIONES.

Firma de Padre/ Guardián: _____ Fecha: _____

Sección VI: Selección de Programa y Pago

Por favor seleccione el programa apropiado para su hijo:

- ____ Programa de Día: Estudiantes entrando al 1^{er}— 6^o grado (18-22 de junio, 9am-2:30pm)
____ Programa de la Tarde: Estudiantes entrando al 7^o grado— graduado de 12 (17-21 de junio, 7-9pm)

*En persona: pago es necesario al momento de registración **En-línea: pago debe ser recibido dentro de 5 días o arriesgarse a perder espacio. Mandar forma a katie@4sjnc.org.***

Costo: \$20
Pagado: ____/____/2018
Método: _____

**Solo uso
de oficina**