



WHISPERING WINDS
CATHOLIC CONFERENCE CENTER

Historial Médico y Forma de Exención para Menores

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ____ Edad: ____
Primer Segundo Nombre Apellido

Padre o Guardián: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Celular: () _____ Otro Teléfono: () _____
Opcional

Segundo Padre o Guardián: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Celular: () _____ Otro Teléfono: () _____
Opcional

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Celular: () _____ Otro Teléfono: () _____
Opcional

Mi hijo/a tiene las siguientes condiciones medicas:

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Favor de Explicar _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas-Oidos,Nariz,
Garganta | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otra condición no mencionada | _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | | _____ |

Alergias:

- | | | |
|--|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | <input type="checkbox"/> Penicilina | Favor de enumerar _____ |
| <input type="checkbox"/> Hiedra Venenosa | <input type="checkbox"/> Otros Medicamentos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Abejas | <input type="checkbox"/> Cacahuates/Nueces | Favor de enumerar _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros insectos/animales | <input type="checkbox"/> Otra Comida | _____ |

Mi hijo/a tiene las siguientes limitaciones medicas::

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condición Crónica / Lesión: _____ | <input type="checkbox"/> Otra Condición: _____ |
| <input type="checkbox"/> Restricciones de Actividad: _____ | <input type="checkbox"/> Medicamentos Vigentes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Restricciones Dietéticas: _____ | _____ |

Mi hijo/a se le puede administrar medicamento como (Tylenol, Advil, Benadryl, etc):

- Con mi Autorización Primero! Sí No

Otras sugerencias, documentos o información relacionada con la salud para el personal del campamento: _____

Documento(s) adicionales? _____

Si tienen documentos que anexar, favor de marcar 'SI'

Historial de Inmunización: Favor de proporcionar las fechas de las ultimas vacunas o anexas una copia del registro de vacunas.

Difteria, Tetano, Pertusis (DPT) _____	Polio _____	Gripe _____
Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib) _____	Hepatitis A _____	Meningocócica _____
Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR) _____	Hepatitis B _____	
Neumocócica _____	Varicela _____	

Nombre del Médico: _____ Teléfono: () _____

Nombre de Aseguranza: _____ Numero de Póliza: _____

Autorización:

Este historial médico esta correcto de acuerdo a mi conocimiento. Mi hijo/a tiene permiso de participar en todas las actividades del campamento excepto cuando se indique. Yo otorgo permiso al personal médico y a la administración del Campamento que si es necesario, se le administren: Rayos X, pruebas de rutina o tratamiento. Que proporcionen todos los documentos necesarios con relación al seguro y la condición médica del joven, y para proveer u organizar el transporte necesario para mi hijo/a si no se puede llegar en una emergencia. Yo doy permiso a los profesionales de la salud seleccionados por la administración del campamento para asegurar y administrar el tratamiento para mi hijo/a, incluyendo la hospitalización. Este formulario puede ser fotocopiado y la fotocopia se puede utilizar para todos los efectos.

Acepto la plena responsabilidad por cualquier daño que mi hijo/a podría recibir como consecuencia de las actividades del campamento. Ofrezco mi propio seguro de salud y de accidentes. Estoy de acuerdo en recoger a mi hijo/a en cualquier momento del campamento si la administración del campamento lo pide.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

También entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con las restricciones impuestas en mis actividades del campamento.

Firma del Menor: _____ Fecha: _____