

Girls Incorporated® de Alameda County
Información Médica y De Emergencia
Autorización Médica

Nombre del Programa _____
(Uso de Oficina)

Nombre de Participante _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Escuela _____ Grado _____

Información de Padre/Guardián

1) Guardián Primario _____ Parentesco _____

Teléfono de Día () _____ Teléfono de Noche() _____

Teléfono Celular () _____

2) Otro Guardián Primario _____ Parentesco _____

Teléfono de Día () _____ Teléfono de Noche () _____

Teléfono Celular () _____

Contacto de Emergencia

Persona a la cual notificar en caso de emergencia (si padre/madre/guardián no pueden ser localizados)

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono de casa _____ Teléfono Celular ó Pager _____

Información de Doctor/Dentista

Doctor ó dentista a la cual notificar en caso de emergencia

Doctor _____ Teléfono () _____

Dentista _____ Teléfono () _____

Seguro Médico/Proveedor de Cuidado Médico _____

Teléfono _____ Número de Póliza _____

Información Medical

¿Tiene la participante alergias a medicamentos?:

- Sí Por favor especifique: _____
 No

¿Tiene la participante alergias a comidas?:

- Sí Por favor especifique: _____
 No

¿Tiene la participante alergias a picadas de insectos?:

- Sí Por favor especifique: _____
- No

Favor de apuntar cualquier medicamento especial que su hija esté tomado:

¿La participante se administra la medicación ella sola? _____

Las trabajadoras de Girls Inc. pueden darle a mi hija Tylenol, Aspirin, Advil o Ibuprofin, cuando se necesite:

- Sí Por favor especifique la dosificación permitida: _____
- No

¿Tiene la participante alguna enfermedad crónica o recurrente, como asma?

Favor de apuntar la fecha de la última vacuna de tétanos, si se sabe: _____

Favor de apuntar cualquier otro caso de salud ó condición medica que nosotros debemos saber, como mareos de carro, sangre de la nariz ó sensibilidad a calor:

¿Hay alguna actividad en la cual su hija no debe de participar? Por favor explique:

Girls Incorporated® of Alameda County ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, como padre, madre o guardián de _____ (nombre de niña) la autorizo a participar en programas de Girls Inc. En consideración de esta participación, libero a Girls Incorporated of Alameda County, sus empleados, y voluntarios de cualquier responsabilidad, pérdida ó reclamo, demanda, acción ó causa de acción que resulte ó sea ocasionada en cualquier forma por dicha participación. También libero a Girls Incorporated of Alameda County, sus empleados y voluntarios de cualquier responsabilidad, pérdida ó reclamo, demanda, acción que ocurra durante la transportación de mi hija por razones de participación en cualquier actividad de Girls Inc.

En el evento de cualquier herida ó accidente, yo autorizo cuidado de emergencia médica para mi hija cuando yo no pueda ser inmediatamente contactado/a.

Padre/Guardián

Firma _____ Fecha _____

Nombre de Padre/Guardián (Letra de Imprenta) _____