

**MEDICAL RELEASE**

Participant's Name \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Parent's Name \_\_\_\_\_  
Address (if different from above) \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Home Phone \_\_\_\_\_  
Mother's Work Phone \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Pager # \_\_\_\_\_  
Father's Work Phone \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Pager # \_\_\_\_\_  
Person to Notify \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
Name of Insurance Company \_\_\_\_\_  
Name of Insured \_\_\_\_\_ Policy/ID # \_\_\_\_\_  
Physician's Name \_\_\_\_\_ Physician's Phone # \_\_\_\_\_

In the event of an emergency where medical treatment is required, I give my permission to the church staff or sponsor to obtain the services of a licensed physician. Please attempt to notify me immediately concerning any such emergency.

**MEDICAL HISTORY**

YES	NO	
___	___	1. Have you ever had any of the following? (Please explain "yes" answers on a separate sheet of paper)
___	___	Heart Murmur
___	___	Other Heart Problems
___	___	Seizures or Epilepsy
___	___	2. A. Have you ever had significant allergies to:
___	___	bee stings -- On medication -- yes__ no__ Medication name _____
___	___	foods _____
___	___	medicines _____
___	___	other _____
___	___	B. Do you have a prescription for use of: (give medication name & dosage)
___	___	Adrenaline _____
___	___	Inhalers _____
___	___	Other allergy medicine _____
___	___	C. Do you have Asthma?
___	___	3. Do you take any medicine regularly?
___	___	If yes, what, when, dosage and reason? _____
___	___	4. Do you wear contact lenses, eyeglasses or dental appliance? _____
___	___	5. Do you have any other significant health problems? (if yes, please describe)
___	___	6. Is there <i>anything</i> we should know about your child before we leave Holy Family that might help us with any situation that might present itself while we are away?

DATE OF LAST TETANUS IMMUNIZATION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**\*\*\*Signature of Parent or Guardian**

\_\_\_\_\_  
Date

**PERMISO MEDICO**

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Nombre de los Padres \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
# de Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
# de Teléfono de Trabajo (Madre) \_\_\_\_\_ # Celular \_\_\_\_\_ Pager \_\_\_\_\_  
# del Trabajo del Padre \_\_\_\_\_ # Celular \_\_\_\_\_ Pager \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia (nombre) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre de Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ # de ID./Póliza \_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, donde tratamiento sea requerido, yo doy permiso al personal de la Iglesia Sagrada Familia o a un apoderado a que obtenga servicios médicos de un Doctor licenciado. Por favor traten de comunicarse conmigo inmediatamente en caso de emergencia.

**HISTORIA MEDICA**

Ha sufrido usted alguna de los siguientes problemas médicos? Por explique cada vez que responda afirmativamente

SI      NO

_____	_____	Murmullo al Corazón
_____	_____	Otros problemas cardiacos
_____	_____	Convulsiones/Epilepsia
		1. A. Sufre de significantes alergias a:
		Picaduras de Abejas _____
		Comidas _____
		Medicinas _____
		otros _____
		B. Tiene recetas médicas para el uso de: (Dar nombre y dosis de la medicina)
_____	_____	Adrenalina _____
_____	_____	Inhaladores _____
_____	_____	otras alergias a medicinas _____
_____	_____	C. Sufre de Asma? _____
_____	_____	2. Toma medicina regularmente? _____
		que? _____ cuando la administra? _____ dosis _____
		que trata? _____
_____	_____	3. Usa lentes de contacto, lentes para leer o dentadura postiza? _____
_____	_____	4. Por favor mencione todas las enfermedades que usted sufre _____
_____	_____	5. ¿Cree usted que debemos saber algo mas sobre su salud? Por favor asegúrese de comunicarnos todo lo referente a la salud de su hijo ya que así le podremos ayudar correctamente en el evento que sea necesario.

ULTIMA VACUNA DEL TÉTANO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**\*\*\*Firma del padre o responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**