

Formulario de Registro Médico
Conferencia de Kentucky-Tennessee de Adventistas del Séptimo Día
CONQUISTADORES

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Teléfono _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre _____ Número durante el día _____
Número durante la noche _____

Nombre de la madre _____ Número durante el día _____
Número durante la noche _____

Número de emergencia _____ Relación: _____

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Compañía de Seguros Médicos _____ Número de ID _____

Seguro Social de los Padres _____

¿Tiene su hijo antecedentes de alguno de los siguientes: (círculo)

Enfermedad cardíaca	Inmunodeficiencia	Convulsiones/iones convulsos
Asma	Trastornos emocionales	Cáncer
Enfermedad renal	Enfermedad hepática	Hiperactividad
Diabetes	Hepatitis	Trastornos hemorrágicos/
Anemia	De soplo cardíaco	Hemofilia
Sangrado nasal	Mojar la cama	Varicela
Sarampión	Sarampión alemán	Fiebre reumática
Sonambulismo	Problemas menstruales	Dolores de cabeza/migrañas
Dolor de garganta frecuente	Desmayo	pie de atleta
Estreñimiento	Malestar estomacal	

¿Su hijo tiene **alergias** y cuál es la reacción? (es decir, alimentos, medicinas, picaduras de insectos, plantas, fiebre del heno, o reacciones a áreas particulares, etc.)

¿Su hijo está tomando algún medicamento regularmente? _____ ¿para qué? _____

Nombre del medicamento, dosis e intervalo _____

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? _____ Si es así, ¿cuándo _____

¿Por qué? _____

¿Su hijo tiene placas o alfileres de metal en su cuerpo? _____ Si es así, ¿dónde? _____

¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo? _____

¿Hay alguna razón para restringir la actividad completa, incluyendo, pero no limitado a, nadar, largas caminatas o juegos físicos extenuantes?
Explica: _____

Fecha de las últimas vacunas:

DPT (Diphtheria, Pertussis, Tétanos) _____ Polio _____
MMR (sarampión, paperas, rubéola) _____ Hepatitis B _____
Tétanos (último refuerzo) _____ Varicela _____

¿Su hijo usa lentes de contacto? Sí / No ¿Aparatos dentales removibles? Sí / No

¿Su hijo tiene algún problema médico no cubierto anteriormente?

Autorización para tratar a un menor

Yo (nosotros) el padre abajo firmante, Padres o tutor legal de: *Nombre del Conquistador*

En caso de emergencia, entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para contactarme. En el caso de que no pueda ser contactado, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el líder adulto a cargo para asegurar el tratamiento adecuado, incluida la hospitalización, las inyecciones de medicamentos, la anestesia o la cirugía para mi hijo.

Como padre o tutor legal del Pathfinder mencionado anteriormente, estoy a favor de que asista a las funciones del club y acepto las condiciones mencionadas. El historial de salud dado por mí en este formulario (anverso y reverso) es correcto hasta donde yo sé, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas, excepto como se indica. Además, he leído y entiendo la declaración de autorización de emergencia y doy mi pleno consentimiento a los términos que se encuentran en ella. Se concede permiso para la copia fotográfica de este registro de salud.

Firmado _____ **Fecha** _____

Relación con el niño _____