

# **Educación Religiosa en Sto. Tomás el Apóstol**

## **Formulario de Aceptación Médica**

Este formulario debe ser completado y regresado con la forma de inscripción del 2018-2019

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

# Tel celular(es): \_\_\_\_\_ # Tel del Trabajo: \_\_\_\_\_

---

Doy permiso A LA PERSONA ENCARGADA DE LA EDUCACION RELIGIOSA EN SANTO TOMAS EL APOSTOL para administrar los primeros auxilios al niño/a cuyo nombre aparece arriba a su mejor juicio, y a aquellos que lo/la transporten a y del programa y para hacer la referencias necesarias a los médicos calificados para el tratamiento de enfermedad y accidentes de naturaleza más grave. Entiendo que seré rápidamente notificado en el caso de alguna enfermedad seria o accidente y antes de cualquier cirugía mayor, excepto cuando el retraso en la comunicación pusiera en peligro su vida. En caso de una emergencia médica, entiendo que se hará un esfuerzo para contactar a los padres/personas encargadas del niño/a. En caso de no poder ser contactado doy mi permiso por medio de este medio al médico elegido por el personal para hospitalizar, dar el tratamiento apropiado, y para ordenar inyecciones, anesthesia o cirugía, si se considera necesario para mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Persona Encargada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico Familiar

( ) \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

### **INFORMACION IMPORTANTE**

#### **1. Necesidades Médicas: Alergias, Medicinas, Etc.**

**2. Necesidades de Educación Especial:** Nuestra parroquia está comprometida para hacer acuerdos razonables para niños con necesidades especiales físicas, de aprendizaje, o de disciplina. Por favor indique abajo si su hijo/a tiene una necesidad especial en alguna de estas áreas. Sabiendo que esto permitirá acomodar en el mejor lugar a su hijo/a en un grupo.

---

### **Información del Seguro Médico**

Póliza a nombre de: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Número de Grupo o Número de Póliza o Número de Identificación: \_\_\_\_\_

\*Favor de avisar a la Oficina de Educación Religiosa inmediatamente en caso del algún cambio en la información de arriba.