

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA

CAMP COSBY

Tradición de Excelencia desde 1922
Teléfono: (800) 852-6729/(256) 268-2007
Fax: (256) 268-2003
Email: Info@campcosby.org

Nombre del participante _____ Fecha Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Sexo _____
APELLIDOS MBRES

Padre/Madre o Tutor _____ Teléfono Diurno (____) _____ -
(SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD)

Dirección _____ Teléfono Nocturno (____) _____ -
CASA NUMERO Y CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de que ocurra una emergencia y, el padre o tutor no pueda ser contactado, favor contactar a:

Nombre _____ Parentezco _____ Teléfono Diurno (____) _____ -

Dirección _____ Teléfono Nocturno (____) _____ -

HISTORIA CLINICA

(Deberá ser completada por el participante o padre/tutor si es menor de 18 años de edad)

Por favor describa los medicamentos que su niño/a está tomando en la actualidad y explique el proposito _____

Sírvase describir cualquier limitación física que pueda evitar o limitar la participación a su niño/a en las actividades de Camp Cosby _____

Por favor liste y describa cualquier tipo de alergias _____

Sírvase explicar cualquier enfermedad o lesiones que su niño/a haya tenido y que el personal de Camp Cosby deba saber (Dislocación del hombro, rodilla, cirugías, diabetes, asma, etc.) _____

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO A SU NIÑO/A

Al firmar autorizo formalmente al Camp Cosby y su personal para tratarme o a mi niño/a por lesiones cuando sea necesario. Entiendo que todo el personal de Camp Cosby está como mínimo, entrenado en Primeros Auxilios y Reanimación Cardiopulmonar (RCP/CPR). En el hipotético caso de que sea necesario, doy el permiso (orden) al Camp Cosby o a su personal, o personal medico local a transportar a mi niño/a al centro medico que sea necesario (hospital, clínica, etc.). Además, autorizo a Camp Cosby o su staff a administrar los medicamentos traídas al campamento por los padres o tutores para mi niño/a o prescritas por el medico del campamento mientras se encuentre en este. Cualquiera de los medicamentos no prescritos que usted autorize a usar necesitan ser marcados o listados mas abajo.

Medicamentos no prescritos autorizados (Aspirina, acetaminofén, ibuprofén, antihistamínicos, etc.) _____

Nombre Padre/Madre/Tutor _____

Firma Padre/Madre/Tutor _____ Date _____
POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

INFORMACIÓN SEGURO MÉDICO

Esta el/la participante cubierto/a por algún seguro _____ Si es así favor indicar numero de póliza _____

Compañía Seguro _____ Dirección Cía. Aseguradora _____

Name of Insured _____ Relationship to participant _____

Firma Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____