

FORMULARIO 2 – Información Médica & Permiso

Diócesis Católica de Belleville y / o la Parroquia de _____

Nombre del participante: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

El participante es: Joven Joven Adulto (18-20) Chaperón (21 o mayor)

¿Tiene el participante seguro médico? _____

Si el participante tiene seguro médico adjunte copia de la tarjeta de seguro médico a este documento (frente y reverso).

Información médica específica (Si el espacio proveído no es suficiente, favor de adjuntar hojas adicionales con notas.)

1. Tome en cuenta condiciones y/o necesidades médicas especiales (por ejemplo, enfermedades, discapacidades, trastornos o limitaciones físicas, de desarrollo, de conducta, cognitivas u otras): _____

(Continuar atrás si es necesario)

2. Reacciones alérgicas a (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, materiales, etc.): _____

(Continuar atrás si es necesario)

Medicamentos (Esta sección se refiere solo a jóvenes menores de edad. No necesitamos esta información para adultos.

SOLO marque las casillas que correspondan):

Este adolescente no toma medicamentos y no traerá medicamentos consigo.

Este adolescente toma medicamentos y se auto medica. Todos los medicamentos estarán claramente etiquetados. Se requiere que el joven entregue todos los medicamentos a un adulto designado. Será responsabilidad del joven presentarse en el lugar y horas designadas que se enumeran a continuación para obtener los medicamentos. Al finalizar el evento, será responsabilidad del joven recuperar los medicamentos restantes del adulto designado. Los nombres de los medicamentos, dosis exacta y frecuencia/tiempos se detallan a continuación: (Adjunte una hoja a este formulario si necesita más espacio). _____

Este joven toma medicamentos pero no debe auto medicarse. El padre/madre/tutor proporcionará y dispensará los medicamentos.

Los siguientes medicamentos sin receta pueden administrarse en la dosis recomendada en el frasco del medicamento.

Analgésico sin aspirina: _____	Medicamento para el estómago: _____
Pastilla de Garganta: _____	Antihistamínico: _____
Descongestionante: _____	

En caso de emergencia y para obtener permiso para tratamiento fuera procedimientos de emergencia, comuníquese con:

Nombre: _____ Relación con participante: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____

Al firmar a continuación, yo, _____ (Nombre del padre, tutor o participante adulto) comprendo y afirmo que gozo de buena salud y asumo

toda la responsabilidad por mi salud o la del joven mencionado anteriormente. Confirmando que la Diócesis de Belleville y/o la parroquia mencionada anteriormente tienen mi permiso para buscar y obtener atención médica para mí/joven en caso de cualquier accidente o enfermedad que pueda ocurrir, incluida la autorización para recibir atención médica de emergencia, si se requiere durante cualquier evento diocesano o parroquial entre el **1 de Agosto de 2026 y el 31 de Agosto de 2027.**

Entiendo que se realizarán esfuerzos razonables para informar a los padres, tutores o contactos de emergencia sobre mi o la condición del joven mencionado anteriormente antes de cualquier tratamiento.

Reconozco y acepto que es mi responsabilidad informar a la Diócesis de Belleville y a la parroquia si en algún momento la información anterior necesita ser enmendada o actualizada antes de la fecha de vencimiento de este Consentimiento Médico.

También confirmo que, en la medida de mis posibilidades, no he omitido ninguna información pertinente, todo lo que he indicado aquí es verdadero y refleja con precisión mis deseos.

Firma de adulto, padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Número de teléfono de adulto o padre/tutor: _____

FORMULARIO 2 – Información Médica & Permiso

Continuación de información médica específica

1. Condiciones o necesidades médicas especiales:

2. Reacción Alérgica: