

# Arquidiócesis de Portland

## Iglesia Católica de San Patricio

### Forma de Información y Procedimiento en Caso de Emergencia Para Jóvenes Estudiantes Programa de Educación Religiosa 2016-2017

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste el/la estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Padres o guardianes \_\_\_\_\_

Persona con quien vive el estudiante \_\_\_\_\_

**En caso de enfermedad, accidente o emergencia del estudiante arriba escrito, La Arquidiócesis de Portland y sus representantes están autorizados para proceder como se indica abajo. (Llene completamente la siguiente información en cada numero 1, 2, 3, dependiendo del orden en que usted desee que actuemos.)**

# \_\_\_\_\_ Contactar \_\_\_\_\_ Tel. de día \_\_\_\_\_ Otro Tel. \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Contactar \_\_\_\_\_ Tel. de día \_\_\_\_\_ Otro Tel. \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Contactar \_\_\_\_\_ Tel. de día \_\_\_\_\_ Otro Tel. \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Doctor de la Familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Lleve al estudiante al hospital más cercano \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

#### Información de Historial Médico

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de Última Vacuna Contra el Tétano \_\_\_\_\_

Alergias (comidas, medicamentos, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

Si está bajo medicamento nombre de medicina, dosis, razón, hora, y nombre del médico \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier discapacidad \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de Grupo o ID \_\_\_\_\_

También entiendo y estoy de acuerdo y autorizo a la Arquidiócesis de Portland y a sus representantes a usar su propio criterio para determinar el procedimiento y cuidado de mi hijo(a) en caso de emergencia. También entiendo y estoy de acuerdo que la Arquidiócesis de Portland o la parroquia San Patricio no tendrá ninguna obligación financiera por los gastos incurridos, por los servicios o procedimientos de emergencia, y/o transportación de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firmó \_\_\_\_\_