

Autorización médica para el programa de Formación en la fe de la Familia en St. Joseph 2022-2023

Apellido: _____

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Domicilio: _____

Calle

Ciudad

Código Postal

Teléfono de casa: _____

Teléfono celular de la madre: _____ Teléfono celular del padre: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Número de casa/ Celular: _____

Medico de familia: _____ Teléfono de oficina: _____

Información médica

Seguro médico: _____

Número de identificación y de grupo: _____

El nombre del niño	Grado	Género	Fecha de nacimiento	Alergias, problemas de salud o necesidades especiales	Medicamentos, dosis y motivo

Autorizo a la Parroquia St. Joseph y sus representantes a usar su criterio para determinar la atención y los procedimientos de emergencia para mi (s) hijo (s). También entiendo y acepto que la parroquia no asume ninguna obligación financiera por los gastos incurridos en la realización de procedimientos de emergencia y / o transporte de emergencia.

Firma del padre/Guardian: _____ Fecha: _____