

# Planilla Medica—Formación de la Fe

*LaPorte Catholic Church*

*Sagrado Corazón/San José/San Pedro*

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha del Nacimiento (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

Otro tutor: \_\_\_\_\_ Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de divorcio/separación, el niño vive con \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de la Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Preferencia Hospitalaria: LaPorte: \_\_\_\_\_ Franciscano: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Alergias o Problemas Médicos: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacunación contra el tétanos: \_\_\_\_\_ ¿Vacunación actualizada? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Enumere los nombres y números de teléfono de tres personas responsables a las que podemos contactar si no se puede contactar en caso de emergencia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## **Autorización para el Tratamiento de un Menor**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el padre o tutor legal de \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico de emergencia de este menor en un hospital autorizado por un médico con licencia de Indiana si sus condiciones así lo requieren en mi ausencia. Entiendo que, en tal caso, primero se harían intentos razonables para contactarme, si el tiempo y las condiciones lo permiten.

Mientras el tratamiento médico o quirúrgico que se considere necesario en la situación esté de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica para el tipo particular de lesión o enfermedad involucrada, no impongo ninguna limitación o prohibición específica con respecto al tratamiento, a menos que se indique a continuación. Asumo la responsabilidad financiera por lo mismo.

Limitaciones/Prohibiciones: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Impreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_