

**OFICINA DEL MINISTERIO DE JÓVENES ADULTOS
DIÓCESIS DE VICTORIA EN TEXAS
FORMULARIO DE PERMISO/INFORMACION MÉDICA**

Forma D

Nombre _____ Sexo: M / F Edad: _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado/Código Postal _____ Teléfono(____) _____
Fecha de Nacimiento _____ Parroquia/Cuidad _____

Estoy dispuesto a participar en el _____ (evento), patrocinado por la Oficina del Ministerio de jóvenes de la diócesis de Victoria en Texas el _____ (fecha).

Yo soy de acuerdo para defender y indemnizar de la diócesis de Victoria, su clero, funcionarios, agentes, empleados y voluntarios de cualquier reclamación, costos o gastos por daños de propiedad, lesiones personales o otros daños derivados de las actividades ya mencionadas.

En el caso de emergencia, doy permiso y autorización para un designado adulto representante de la Oficina del Ministerio de jóvenes que firme para el tratamiento de un médico local y/o hospital seleccionado por la Oficina del Ministerio de la diócesis de Victoria en Texas.

Fecha _____ Firma _____

Médico de Familia _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

1. ¿Es usted alérgico a cualquier tipo de medicamentos? Favor de indicar: _____
Describir la reacción _____
2. ¿Está usted tomando cualquier medicamento durante un período prolongado? _____
Nombre del medicamento: _____ ¿ y para que es? _____
3. ¿Tiene usted algunas alergias? _____ Si es así, ¿cuáles son? _____
Última inmunización/refuerzo para Difteria y Tétanos: _____

Nombre de seguros _____ Telefono (____) _____
Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____
Nombre de la persona asegurada _____ # del plan _____

En una emergencia, si no se puede llegar a los padres o guardian , pongase en contacto con:

Nombre _____ Telé de trabajo _____ Telé de casa _____

Nombre _____ Telé de trabajo _____ Telé de casa _____

Nombre _____ Telé de trabajo _____ Telé de casa _____