

INFORMACIÓN MÉDICA
DIÓCESIS CATÓLICA DE EVANSVILLE (REV. 12/13)

Nombre de Joven: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad, Estado, Código postal)

Padre/Guardián
para llamar en caso de emergencia: _____
(Nombre) (Teléfono)

Si Padre/Guardián
NO SE PUEDE localizar: _____
(Nombre) (Teléfono)

Medico de Familia: _____
(Nombre) (Teléfono)

Compañía de Seguro Medico: _____
(Nombre) (Teléfono)

Número de la Póliza de Seguro: _____

Los padres viven juntos: Sí. No.

¿Con quién vive el niño/a? Madre. Padre. Otro: _____

¿Hay alguien que, por orden judicial o decreto, es designado como el único, padre de la custodia?
Si es así, indique: _____

Anote cualquier persona restringido de recoger el niño/a: _____

Yo entiendo que es mi responsabilidad de mantener al ministro de la juventud informado sobre estas cuestiones y proporcionar copias de las órdenes y decretos judiciales pertinentes a los funcionarios.

Anote cualquier enfermedad existente o crónica o problemas médicos (por ejemplo, diabetes, asma, epilepsia):

Anote cualquier medicamento que su hijo/a está tomando de forma regular:

Si llega ser necesario, indique las instrucciones para el cuidado de las anteriores:

Marque "X" en la caja si NO es aceptable para su hijo/a recibir medicamentos de venta libre (por ejemplo, dolor común, alergias, o medicinas para náusea).

Firma de Padre/Guardián

Fecha