

Yo soy ☐ El Padre o la madre
☐ El tutor
☐ Otra persona que tiene la custodia legal _____
(describa la relación legal)

Estas autorizaciones tendrán vigencia hasta _____ / _____ / _____, a menos
mes día año
que sea antes revocada por escrito entregada al representante nombrado anteriormente.

INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento del menor: _____

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Padecimientos por los cuales el menor está recibiendo tratamiento: _____

Medicamentos actuales: _____

Restricciones de las actividades: _____

Nombre Médico de atención primaria: _____

Teléfono Médico de atención primaria: (_____) _____ - _____

Compañía de seguros: _____

Nombre de la madre: _____

Dirección de la madre: _____

Teléfonos de la madre:

Casa: (_____) _____ - _____

Trabajo: (_____) _____ - _____

Otro: (_____) _____ - _____

Nombre de la padre: _____

Dirección de la padre: _____

Teléfonos de la padre:

Casa: (_____) _____ - _____

Trabajo: (_____) _____ - _____

Otro: (_____) _____ - _____

