

CAMPAMENTO BAUTISTA SOUTH MOUNTAIN – FORMA MEDICA Y DE RENUNCIO

Nombre del campista: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: ____ - ____ - ____ Celular: ____ - ____ - ____ Teléfono del trabajo: ____ - ____ - ____

Informe Médico:

Problemas Médicas/Restricciones de Actividad: _____

Alergias/Reacciones Alérgicas: _____

Restricciones a la dieta: _____

Medicamentos (Tienen que estar en la posesión de uno de los consejeros campistas): _____

Podemos administrar Tylenol, Ibuprofen, Benadryl, Sudafed, Robitussin PM, Dimetapp, Cough Drops, Pepto Bismol a su campista? Si ____ No _____. Estos son los medicamentos que tenemos a mano. Favor de juntar una nota si checó “no” o tiene algún problema con uno de estos medicamentos.

Aproximada fecha de la última vacunación de tétano: _____ Vacunación contra polio Si __ No __

Doctor familiar: _____ Número de Teléfono: ____ - ____ - ____

Información de Aseguranza Médica: Nombre de la Compañía: _____

Número de la póliza: _____ Dirección: _____

Es mandatorio que usted complete esta forma, la firme y le ponga la fecha. Sólo una persona legalmente responsable (padre/guardián) puede firmar esta forma.

1. Yo, la persona que firma abajo, doy permiso que el hijo/la hija nombrado(a) en esta forma atienda el campamento South Mountain Baptist Camp. Acuerdo no culpar a South Mountain Baptist Camp o sus agentes por cualquier herida, enfermedad, causas de acción, auxilios de emergencia, o responsabilidad relacionada con cualquier actividad del campamento. Doy permiso que mi hijo(a) participe en todas las actividades incluyendo natación, curso de sogas, y todas las otras actividades de recreación.
2. Doy permiso que mi hijo(a) participe en proyectos misioneros fuera del campamento y otras actividades que requieren que viaje a locales que no están en el terreno de South Mountain Baptist Camp.
3. Yo, la persona que firma abajo, entiendo que si se requiere tratamiento medico, cada esfuerzo se hará para hacer contacto conmigo. Si no pueden hacer contacto conmigo en caso de emergencia y mi hijo(a) necesita tratamiento medico, doy permiso al doctor seleccionado por la administración del campamento para hospitalizar, tartar apropiadamente, y para ordenar inyección, anesthesia o cirugía para mi hijo(a), el nombrado en esta forma.
4. Doy permiso a South Mountain Baptist Camp a tomar fotos o tomar videos de mi hijo(a) para usar en material promotivo.

NOMBRE DEL HIJO(A): _____

PADRE/GUARDIAN: _____

RELACIÓN: _____ **FECHA:** ____/____/____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN: _____