



PERMISO MÉDICO

Distrito		Iglesia	
Director		Teléfono	

DATOS PERSONALES

Nombre			
Fecha de nacimiento		Edad	
Número de Seguro Social		Tipo de sangre	
Fecha de última vacuna contra el tétano			

EN CASO DE EMERGENCIA O ACCIDENTE DEL NOMBRADO ARRIBA, LA IGLESIA ESTÁ AUTORIZADA A PROCEDER COMO SE INDICA:

Nombre a contactar			
Teléfono de casa		Celular	
Número de Seguro Social		Tipo de Sangre	
Nombre del Pediatra/Médico			
Celular del Pediatra/Médico			
Prestar Primeros Auxilios	SI	NO	
Llevar al Menor al Hospital si es necesario	SI	NO	

Alergias (medicamento, comidas u otros): _____

Medicamentos especiales, dosis y horarios: _____

Lista de restricciones: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTOS

Nombre del Padre			
Teléfono de trabajo		Celular	
Nombre de la Madre			
Teléfono de trabajo		Celular	
Nombre del Tutor (En caso de ser diferente a los padres)			
Teléfono de trabajo		Celular	
Nombre del Pediatra/Médico			
Celular del Pediatra/Médico			
Prestar Primeros Auxilios	SI	NO	Describe:

LLEVARLO O ENTREGARLO ÚNICAMENTE CON LA(S) PERSONA(S) ANOTADA(S) ABAJO EN CASO DE SER DIFERENTE A LOS PADRES:

Nombre			
Parentesco		Celular	
Nombre			
Parentesco		Celular	
Nombre			
Parentesco		Celular	

FIRMAS

Pastor o anciano	Director JA	Madre, Padre o Tutor