



Información de Emergencia Médica

Padres:

Yo, _____, tengo la custodia legal de _____ y doy permiso para que él/ella participe en los programas de Servicio Comunitario & Restitución y Teen Court de CIS Chatham. Entiendo que los voluntarios que estarán trabajando con mi hija/o son supervisados por el programa y son residentes de la comunidad que estarán proveyendo ayuda, sabiduría y dirección a sus hija/o.

MEDICAL:

En dado caso que una emergencia ocurra en la que un empleado o voluntario necesite llevar a mi hija/o a un hospital u otro lugar para atención médica, doy permiso que un empleado/voluntario lo refiera para atención médica.

Porfavor indique el nombre, numero de telefono, y direccion de su doctor

preferido: _____

Hospital preferido: _____ Hospital más cercano: _____

Alergias (comida, medicina, etc.) _____

Esta tomando alguna medicación su hija/o? Si _____ No _____ Si es el caso, incluya una nota del doctor incluyendo el tipo de medicina, las razones por tomarla, los tiempos para tomarla, y cualquier efecto que cause la medicina. (Los voluntarios no asumen la responsabilidad de administrar medicina a los jóvenes.)

Su hija/o tiene problemas medicos? Si _____ No _____ Si es el caso, porfavor explique.

Debido a la salud de mi hija/o, él/ella está restringida/o de participar en las siguientes actividades:

Fecha de Nacimiento del joven: _____