

# FORMULARIO A: FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y PERMISO pág. 1 de 2

*Como las leyes varían de un lugar a otro, se sugiere revisar este documento para ajustarlo a las leyes locales.*

**ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR COMPLETO PARA QUE EL MIEMBRO ALATEEN PUEDA PARTICIPAR**

PADRES: Por favor, lean, completen, firmen este formulario y guarden una copia para sus archivos.

MIEMBROS ALATEEN: Por favor, entreguen este formulario debidamente completado a su Padrino o Madrina adulto acompañante.

PADRINO O MADRINA/ ADULTO ACOMPAÑANTE: Tengan el original de este formulario con ustedes durante todo el tiempo en que estén a cargo del miembro Alateen.

## INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO ALATEEN

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (        ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL PADRINO O MADRINA/ ADULTO ACOMPAÑANTE

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (        ) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL EVENTO

Título del evento: \_\_\_\_\_

Lugar del evento: \_\_\_\_\_

Dirección del lugar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del lugar: (        ) \_\_\_\_\_

Fecha, hora y lugar de partida: \_\_\_\_\_

Fecha, hora y lugar de regreso: \_\_\_\_\_

Medio de transporte: \_\_\_\_\_

(incluya marca, modelo y año del vehículo y número de la licencia)

# FORMULARIO A: FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y PERMISO pág. 2 de 2

*Como las leyes varían de un lugar a otro, se sugiere revisar este documento para ajustarlo a las leyes locales.*

## INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE CUSTODIO/TUTOR

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Particular (        ) \_\_\_\_\_ Trabajo (        ) \_\_\_\_\_

Durante este evento, se me puede encontrar en: (        ) \_\_\_\_\_

## PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVE CON EL MIEMBRO ALATEEN O SU PADRE/TUTOR

Nombre, apellido y relación de parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado/Provincia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Particular (        ) \_\_\_\_\_ Trabajo (        ) \_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Como padre/tutor del miembro Alateen mencionado, me hago responsable del pago de cualquier servicio médico requerido y obtenido para dicho miembro. Además eximo de responsabilidad al evento al que asistió mi hijo y a

\_\_\_\_\_ (agregar el nombre y número de inscripción del grupo, en la OSM (si se conoce), distrito, oficina del Servicio de Información Al-Anon y/o Zona)

o representante autorizado del mismo en caso que mi hijo sufra algún daño como resultado de su participación en esta actividad o de la obtención de tratamiento médico.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## PERMISO DEL PADRE: (que debe ser firmado en presencia del Padrino o Madrina/acompañante)

Por la presente, yo \_\_\_\_\_ doy permiso a \_\_\_\_\_ para el viaje de ida y vuelta y  
(nombre del padre/tutor) (nombre del miembro Alateen)

su participación en \_\_\_\_\_ bajo la supervisión de  
(título del evento)

\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
(nombre del Padrino o Madrina/acompañante) (fechas del evento incluyendo el tiempo de viaje)

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO B: FORMULARIO MÉDICO

Pág. 1 de 2

*Como las leyes varían de un lugar a otro, se sugiere revisar este documento para ajustarlo a las leyes locales.*

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

Para que alguien pueda obtener atención médica para otra persona con quien no tiene vínculo de parentesco, debe llenarse por completo este formulario y llevar el sello original del notario.

Cuando distancia o tiempo comprometan la obtención de atención médica urgente, puede prohibirse la asistencia a un evento de la hermandad a menos que se haya llenado debidamente este formulario y lleve el sello de un notario.

## ENFERMEDADES/PROBLEMAS MÉDICOS

(Nombre del miembro Alateen o del Padrino o Madrina/acompañante) \_\_\_\_\_ tiene (ha tenido) las enfermedades o problemas siguientes:

- Problemas cardíacos \_\_\_\_\_
- Tuberculosis \_\_\_\_\_
- Úlcera estomacal \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Hipertensión \_\_\_\_\_
- Baja presión \_\_\_\_\_
- Epilepsia \_\_\_\_\_
- Problemas de hígado (Hepatitis) \_\_\_\_\_
- Desmayos o convulsiones \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Urticarias \_\_\_\_\_
- Otros (por favor, describa) \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

(Nombre del miembro Alateen, Padrino o Madrina/acompañante) \_\_\_\_\_ ha tenido reacciones alérgicas a lo siguiente: (por favor marque lo que corresponda)

- Penicilina \_\_\_\_\_
- Anestesia local \_\_\_\_\_
- Aspirina \_\_\_\_\_
- Sulfamida \_\_\_\_\_
- Sedantes \_\_\_\_\_
- Picaduras de abejas/insectos \_\_\_\_\_
- Polen \_\_\_\_\_
- Alimentos (Por favor, enumere) \_\_\_\_\_
- Otros (por favor, describa) \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS QUE TOMA

Por favor enumere todos los medicamentos recetados y sin receta. Estos medicamentos DEBEN estar en sus envases originales con etiquetas pegadas firmemente.

(Nombre del miembro Alateen, Padrino o Madrina/acompañante) \_\_\_\_\_ toma en este momento los medicamentos siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## OTROS PROBLEMAS

(Nombre del miembro Alateen, Padrino o Madrina/acompañante) \_\_\_\_\_ sufre los problemas siguientes que no se mencionaron arriba y que usted debe conocer: (por favor, explique)

\_\_\_\_\_

# FORMULARIO B: FORMULARIO MÉDICO

Pág. 2 de 2

*Como las leyes varían de un lugar a otro, se sugiere revisar este documento para ajustarlo a las leyes locales.*

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Debe proporcionar información sobre seguro médico en el espacio que sigue.

### En los EEUU:

Nombre de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social del empleado: \_\_\_\_\_

Número de identificación del grupo: \_\_\_\_\_

(o anexe un cupón médico si está cubierto por Medicaid)

### En Canadá:

Tarjeta de salud o Medi-número \_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN DEL NOTARIO

El formulario B, Autorización para obtener atención médica, no es válido sin una certificación de notario firmada y sellada.

Estado/Provincia \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

(Nombre del Padrino o Madrina/acompañante/persona responsable) \_\_\_\_\_ recibe mi autorización firmada abajo para obtener cualquier servicio médico necesario durante el evento mencionado anteriormente para (nombre del participante) \_\_\_\_\_ que es (relación de parentesco: yo mismo, hijo, hija) \_\_\_\_\_.

Firmado el: \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma, si tiene 18 años o más)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o tutor, si tiene menos de 18 años)

Ante mí, el notario que suscribe, compareció personalmente en esta fecha \_\_\_\_\_, persona de mi conocimiento de quien me consta que firmó la autorización que precede y reconoció ante mí que efectuó la misma con los propósitos en ella mencionados.

Dan fe mi firma y sello a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

## NOTARIO PÚBLICO

Mi comisión vence:

Sello: