

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/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 o padrino/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 o padrino/acompañante) _____ toma en este momento los medicamentos siguientes:

OTROS PROBLEMAS

(Nombre del miembro Alateen o padrino/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/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) _____.

Fecha: _____

(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 _____

NOTARIO PÚBLICO

Mi comisión vence:

Sello: