

Otros Tratamiento Médico: En caso de que algo se presente a la parroquia, sus oficiales, directores, agentes y la Diócesis de Sioux City, chaperones o representantes asociados con la actividad que mi hijo(a) se comience a enfermar con síntomas tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, Yo deseo que se me comunique por llamada de colección (con gastos de teléfono cargados a mí mismo).

Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos: Actualmente mi hijo(a) está tomando medicamentos. Mi hijo(a) llevara consigo mismo todos estos medicamentos necesarios, y dichos medicamentos serán identificados con etiquetas. Los nombres de medicamentos y las instrucciones concisas para que el niño(a) tome dichos medicamentos, incluyendo la dosis y la frecuencia de dosificación, son los siguiente _____

Firma: _____ Fecha: _____

Ninguna clase de medicación ya sea recetados o sin receta, pueden ser administradas a mi hijo(a) a menos que la situación es potencialmente mortal y se requiere tratamiento de emergencia.

Firma: _____ Fecha: _____

***** Ó *****

Concedo permiso para que mi hijo(a) pueda tomar medicamentos de venta sin receta (como productos sin-aspirina, es decir, Acetaminofén (paracetamol) o Ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) siempre y cuando se considere necesario.

Firma: _____ Fecha: _____

Información Médica Específica: La parroquia/escuela tomará precauciones razonables para que la siguiente información se mantenga en confidencia.

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.) _____

Tiene su hijo(a) una dieta recetada/recomendada por un medico? _____

Hay alguna limitación física? _____

Ha sido su hijo(a) expuesto recientemente a una enfermedad contagiosa o condiciones tales como las paperas, sarampión, la varicela, etc.? Si su respuesta es sí, por favor informe la fecha y la enfermedad o la condición: _____

Usted debe ser consciente de estas condiciones médicas especiales de mi hijo(a), (por favor especifiqué): _____
