



## 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