

Nombre \_\_\_\_\_ ( M F) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Se requiere la siguiente información para asegurar que se cubran sus necesidades mientras asista a la Escuela WOLF. La información es confidencial y no estará a disposición sólo de quienes sean directamente responsables de su bienestar. En caso de emergencia, haremos todo lo posible por comunicarnos con el individuo designado. **Para su propia seguridad y bienestar, NADIE será autorizado a asistir a la escuela sin un formulario de historia médica completado y firmado.** No se pueden almacenar medicamentos en sus cabinas. Estos deben ser guardados en un lugar seguro (es decir bajo llave en su vehículo). **X =Se requiere su firma.**

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

No. de teléfono particular \_\_\_\_\_ No. de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. alternativo \_\_\_\_\_

Si no pueden comunicarse con el primer contacto de emergencia, por favor comuníquense con:

Contacto alternativo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

No. de teléfono particular \_\_\_\_\_ No. de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. alternativo \_\_\_\_\_

Médico de familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Co. de seguro de salud. \_\_\_\_\_ No. de póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Información de salud**

Por favor indique todos los problemas de salud física o mental que deben ser conocidos por el personal de la escuela, es decir, sonambulismo, epilepsia, desmayos, asma, hiperactividad, hemorragias nasales, etc. Adjunte una hoja adicional de ser necesario. Por favor sea específico.

¿Es usted alérgico a alguna comida, medicamento o picadura de insecto? ( Sí No) Si indicó que ‘sí’, por favor especifique la naturaleza de las alergias:

¿Es usted **alérgico a las abejas?** (Sí No ) ¿Alérgico a las nueces? (Sí No ) ¿Lleva una “epipen” consigo? (Sí No ) Posibles reacciones: \_\_\_\_\_

Fecha de última vacuna antitetánica: \_\_\_\_\_ Cirugías o enfermedades recientes \_\_\_\_\_

**Adjunte una hoja adicional para incluir información sobre las alergias, las posibles reacciones o cualquier otro dato necesario.**

Acepto que cualquier foto tomada de mi hijo/a o de mi persona por el personal de la Escuela WOLF u otras personas autorizadas por la escuela, o cualquier fotografía, video, escrito, material artístico y/o testimonial que sea presentado por mi hijo/a o mi persona a la escuela WOLF sea propiedad exclusiva de la escuela WOLF y que dicho material sea utilizado por la escuela WOLF a su discreción y otros autorizados por la escuela con fines de publicidad, mercadotecnia y/o promoción. Mediante el presente documento otorgo mi consentimiento para utilizar dicho material sin restricción alguna.

X Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

X Firma del padre/custodio (para acompañantes menores de 18 años) \_\_\_\_\_

Yo/mi hijo/a/el menor a mi cargo, \_\_\_\_\_ posee mi permiso para asistir a la Escuela de Campo Web of Life. Acepto toda la responsabilidad financiera por la asistencia de mi hijo/a y mi propia asistencia. EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA O QUIRÚRGICA, mediante el presente documento autorizo al médico seleccionado por el Director del Programa para realizar y obtener todo el tratamiento que sea apropiado y necesario para mi hijo/a o mi propia persona.

X Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

X Firma del padre/custodio (si es menor de 18 años) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_