



Science, Technology, Engineering, Education & Math

Texas A&M University-Commerce
Infinity Institute
Forma de Información Médica
2008

Yo, el padre o guardián del estudiante nombrado abajo de esta pagina, el estudiante siendo un menor de edad, autorizo a la Universidad de Texas A&M-Commerce [TAMU-C], para que cualquier de sus agentes o empleados puedan proveer servicio medico a mi hijo/a (incluyendo transportación a una facilidad medica), si tal servicios son creídos necesarios por cualquiera de los dos partidos, desde el comienzo del campamento hasta la conclusión. Yo doy mi autorización adicional a la Universidad de Texas A&M-Commerce, o a cualquiera de sus agentes o empleados, para consentir al tratamiento médico de cualquier naturaleza creída necesaria por un médico, el hospital o cualquier otra facilidad de cuidado medico en caso de que mi hijo/a sufra alguna herida o enfermedad durante el período descrito arriba. También entiendo que los problemas relacionados con la ortodoncia (frenos de refuerzo), condiciones preexistentes y servicios de ambulancia no son cubiertos por la póliza de seguros de este programa, y son por lo tanto mi responsabilidad.

Yo le doy mi consentimiento y libero a Texas A&M University-Commerce, sus empleados, facultad del campamento y el personal, de cualquier y toda obligación y responsabilidad con respecto a algún accidente o herida a mi niño/a mientras estén en el campamento de verano de la universidad de Texas A&M-Commerce. Entiendo que mi hijo/a participara en actividades que involucren nadar.

Firma del padre o guardián Fecha Firma del estudiante Fecha

IMPRIMA POR FAVOR TODA LA INFORMACION SIGUIENTE:

Apellido del Estudiante Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento Dirección

Teléfono de casa Ciudad

Teléfono celular Estado Código postal

Nombre en caso de alguna emergencia

Relación con el estudiante

Numero telefónico de emergencia

Nombre de su medico Numero telefónico de su medico

Nombre de su seguro medico

Numero de su póliza de seguro medico

Por favor liste cualquier medicación a la cual su hijo/a es alérgico/a o cualquier condición medica de la cual nosotros necesitamos saber:

¿Tomas u hijo/a alguna medicación? Si su hijo/a toma algún medicamento por favor explíquenos cuantas veces al día y que tanto del tratamiento debe tomar: