

Información de Salud:

De salir elegido en el sorteo deberá traer:

- **Copia del certificado de vacunas**
- **Copia de la tarjeta del plan médico**
- **Resultado de TB (tuberculina o placa de pecho para TB)**
- **Hoja de Historial Médico de Participantes Transitorios (Hoja proporcionada por el RCM)**
- **Autorización de servicios Médicos para estudiantes menores de 21 años (los líderes también tienen que llenar esta hoja)(Hoja proporcionada por el RCM)**

Nombre del Estudiante: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento _____ Núm de teléfono: _____

Necesidades especiales:

1. Tiene su hijo alguna condición de salud (alergia, condiciones críticas) o circunstancias especiales que afecte su participación en el programa o que debamos saber de antemano?

2. ¿Tiene su hijo alguna incapacidad o necesidad especial (visual, auditiva, física, psicológica) que requiera atención especial o acomodo razonable? **Sí** ____ **No** ____

De contestar afirmativamente por favor explique: _____

Autorizo al Recinto de Ciencias Médicas a coordinar cualquier tratamiento médico que mi hijo (a) pueda necesitar durante su participación en el Seminario de Verano 2017. Entiendo que soy responsable de cualquier costo asociado con dichos servicios.

En caso de de algún evento o emergencia puedo ser contactado (a) al siguiente número de teléfono:

Cel: _____ Casa: _____ Otro: _____

Firma

Fecha