



SOLO USO OFICINA

SEGUIMIENTO

APROBACIÓN

1 PAGE YOUTH MEDICAL RECORD

EXPEDIENTE MÉDICO PARA JÓVENES PÁGINA 1

INSTRUCCIONES Todas las preguntas de este formulario son importantes. Las respuestas son necesarias para evaluar su nivel de participación en el programa.

PARTE I - INFORMACIÓN GENERAL NÚMERO DE PROGRAMA/CURSO: FECHA DE INICIO:

Solicitante

Nombre: Género identificado como: Dirección: # de apto.: Edad al inicio del programa: Ciudad/Estado/Código de Área: Fecha de nacimiento: Teléfono particular: Altura: pies pulgadas Teléfono celular: Peso: libras ¿Habla inglés? Si No Si su respuesta es no, ¿Qué idioma se habla en el hogar?

Padre/Tutor (si el solicitante es menor de 18 años)

Nombre: Correo electrónico: Teléfono de preferencia #1: Teléfono de preferencia #2:

Contacto en caso de emergencia (no incluir el nombre del padre o tutor)

Nombre: Relación con el solicitante: Teléfono de preferencia #1: Teléfono de preferencia #2:

PARTE II - INFORMACIÓN MÉDICA

A. HISTORIAL DE SALUD Marque cualquiera de las siguientes que sean aplicables y declare detalles y/o restricciones.

- Asma, Diabetes, Convulsiones durante el último año, Concusión u otra lesión significativa en el último año, Otro, Trastorno Sanguíneo, Actualmente embarazada, Orinar en la cama, Restricciones dietéticas

B. ALERGIAS Indique las alergias que padece, incluye las alergias a medicamentos, alimentos y picaduras de insectos/abejas.

Alergia a: Reacción: Medicamento utilizado: Alergia a: Reacción: Medicamento utilizado:

C. MEDICAMENTOS Incluya medicamentos psiquiátricos, medicamentos sin receta médica, inhaladores y suplementos herbales.

Medicamento: Tomado para: Fecha en la que inició la toma: Medicamento: Tomado para: Fecha en la que inició la toma:

D. HISTORIA PERSONAL Marque cualquiera de las siguientes que sean aplicables.

- Diferencia de Aprendizaje, TDA/TDAH, Ansiedad, Pensamientos Suicidas, Comportamiento Violento, Trastornos Alimenticios

PARTE III - FIRMA OBLIGATORIA

Toda la información proporcionada es confidencial pero podrá ser divulgada a un prestador médico según sea necesario para mi cuidado (o el cuidado de mi hijo). Durante años, muchos estudiantes con diferentes dificultades médicas/psicológicas han completado nuestros programas de manera exitosa, pero debemos tener conocimiento de estas condiciones. La omisión de la información médica solicitada puede resultar en graves daños para usted (o su hijo) y los compañeros que participan del programa.

Firma del Solicitante Fecha

Firma del Padre/Tutor Fecha

(Se requiere si el solicitante es menor de 18 años O si el solicitante es residente de Alabama y es menor de 19 años O si el solicitante es residente de Mississippi y es menor de 21 años.)