

**¡IMPORTANTE!** HAY QUE LLENAR ESTA FORMA Y REGRESARLA A CENTRO DE LA COMUNIDAD PARA QUE SU HIJO/A PUEDA PARTICIPAR EN CUALQUIER PASIO DE DIA ESTA VERANO. NO HAY EXCEPCIONES.

AUTORIZACION MEDICA  
Y  
UN ACUERDO PARA QUE SU HIJO/A PARTICIPE

Vecindario Sureste del Centro de la Comunidad  
Un ministerio de la Iglesia Wesleyana Capital Park  
410 19<sup>th</sup> Street SE, Salem, OR 97301  
503-362-6626

Doy mi permiso para que mi hijo/a, (nombre completo) \_\_\_\_\_, para que vaya al Dia de Camp de junio 25 a agosto 24 del 2007. No hago responsable al Centro de la Comunidad Sureste o al personal por la salud o algun accidente. Le doy me permiso al Director para que se encargue en caso de un accidente para que le den tratamientos médicos apropiados si sea necesario y si no puedan localizarme.

\_\_\_\_\_  
Firmas de los padres, madre o guardian (por favor impresion)

\_\_\_\_\_  
Firmas de los padres, madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Teléfono durante dia/noche

\_\_\_\_\_  
Nombre del contacto alternativo

\_\_\_\_\_  
Teléfono durante dia/noche

Tengo interés en ir como un ayudante voluntario en

el paseo a la playa

el paseo al zoologico

**INFORMACION MEDICA**

Recetas de medicamento que necesita o que se esta tomando:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Compañía de Seguros de la Salud

\_\_\_\_\_  
Numero del plan o poliza

Alergias conocidas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Numero del telefono \_\_\_\_\_

Fecha betta de la última inyección para el tétano: \_\_\_\_\_

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_