

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICAL DE EMERGENCIA
Y LIBERACION DE TODAS LAS DEMANDAS CONTRA SAN FRANCISCO DE ASIS
POR LOS PARTICIPANTES EN LA EDUCACION RELIOSA MINISTERIO JUYENIL
(PRESCOLAR- GRADO 12 2004-2005)

Yo, _____, Padre o Guardian de un nino menor de edad _____
De _____, _BEND_, OR 977 _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Doy mi consentimiento para tratamiento medical como se expone abajo.

1. La administracion de una tratamiento de emergencia juzgado necesario por enferma registrada medico licenciado o Dentista; Y
2. La transferecia del nino menor de edad a un hospital razonablemente accesible cuando es necesario medicalmente.

Esta autorizacion no cubre mayor cirugia a menos que la opinion medica de otros dos medicos involucrados sea obtenida antes de la realizacion de tal cirugia En caso de emergencia llame, por favor uno de los numeras siguiented

CASA _____ TRABAJO _____
AMIGO: FAMILIAR
Nombre _____ Nombre _____
Telefono _____ Telefono _____

La informacion abajo se necesita un hospitalo practico que no sabe la historia medical del menor de edad:

	1.Nino	2.Nino	3.Nino	4.Nino
ALERGIAS	_____	_____	_____	_____
MEDICINAS	_____	_____	_____	_____
FECHADE LA ULTIMA	_____	_____	_____	_____
INYECCION CONTRA EL TETANO	_____	_____	_____	_____
CONDICIONES MEDICAS	_____	_____	_____	_____
COMENTARIOS ESPECIALES	_____	_____	_____	_____
RELACIONADOS CON ESTE NINOS:	_____	_____	_____	_____

Doctor _____ COMPANIA DE SEGURO MEDICO. _____

Direccion _____ POLIZA # _____

Telefono _____ NOMBRE DEL SUSCRIPTOR _____

Fecha _____ Firma Del Padre/Gardian _____

RELEASE OF ALL CLAIMS:

Firmando esta solicitud de registro para el programa de educacion religiosa doy mi consentimiento para tratameiento medico para mi nino menor de edad para que sea administrado en caso de emergencia por una enfermera registrada, un medico licenciado o un odontologo y la transferencia del nino a un hospital rasonablemente accequible.

Firma Del Padre/Gardian _____ Fecha _____

Forma de Matricula para El Ministerio Juvenil y La Educacion
Reliosa de San Francisco de Asis
Preescolar - Grado 12 (2004-2005)

DIRECCION _____
 Estado Ciudad Codigo Postal Telefono
 E-Mail De Familia _____

Padre _____
 Apellido Nombre Religion ocupacion/Telefono

Madre _____
 Apellido Nombre Religion ocupacion/Telefono

Informacion De Nino

1. _____
 Apellido Nombre Fecha De Nacimiento curso edad Escuela
 Sacramento Recibido: ___Bautismo ___Primera ___Penetencia ___Confirmacion
 Cumunion Reconciliacion

2. _____
 Apellido Nombre Fecha De Nacimiento curso edad Escuela
 Sacramento Recibido: ___Bautismo ___Primera ___Penetencia ___Confirmacion
 Cumunion Reconciliacion

3. _____
 Apellido Nombre Fecha De Nacimiento curso edad Escuela
 Sacramento Recibido: ___Bautismo ___Primera ___Penetencia ___Confirmacion
 Cumunion Reconciliacion

4. _____
 Apellido Nombre Fecha De Nacimiento curso edad Escuela
 Sacramento Recibido: ___Bautismo ___Primera ___Penetencia ___Confirmacion
 Cumunion Reconciliacion

*Quiere Hacer La Educacion Religiosa en Casa (K- 5th grade only) _____

**Queremos una preparacion para el sacramento De:

_____ Bautismo _____	_____ Penetencia _____
Nino edad	Reconciliacion Nino edad
_____ Primera _____	_____ Confirmacion _____
Cumunion Nino edad	Nino edad

(Precios de matricula incluyen el ministerio para jovenes, La Educacion Religiosa, Playways Y Preparacion Sacramental)

Precido De Matricula: ___\$40/La Familia ___ \$55/La Familia
 con uno Nino con dos o mas

Precio Total: _____ Balance: _____

Pagado por completo	Pago Parcial	Pagara Mas Tarde
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Efectivo/Cheque	Efectivo/Cheque:	Efectivo/Cheque: