



Nombre del grupo: _____
Fecha del evento de SHCC: _____

Resumen de salud del participante

Esta información es confidencial, pero puede compartirse con el personal apropiado cuando sea necesario.

Información personal:

Nombre del participante: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____

Teléfono: _____ Altura _____ pies _____ pulg. Peso _____ lbs.

Contacto de emergencia: Por favor, indique el idioma que habla en casa: _____

Enumere dos personas a las que se pueda contactar en caso de emergencia.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono diurno: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono diurno: _____

Información médica:

SÍ

NO

En caso afirmativo, comparta los detalles a continuación

Alergias: alimentos, estacional, picaduras de insectos, medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa algún medicamento de emergencia? Si es así, enumere a continuación junto con cualquier plan de acción.
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se necesita un inhalador? Si es así, enumere a continuación y proporcione algún plan de acción.
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enumere los medicamentos utilizados a continuación y proporcione un plan de acción.
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa algún medicamento de emergencia? Si es así, enumere a continuación y proporcione algún plan de acción.
Afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antecedente de traumatismo craneoencefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de audición/visión/habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades/accidentes graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algo que afecte las articulaciones, el equilibrio, el movimiento, el nivel de esfuerzo?
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Doy permiso para que mi hijo/hija tome la dosis adecuada de los siguientes medicamentos según sea necesario:
_____ Ibuprofeno (Advil/Motrin) _____ Acetaminofeno (Tylenol)

¿Hay algo más que considere que el personal debe tener en cuenta que pueda afectar la participación durante esta experiencia?

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del parente/madre/tutor legal (si el participante es menor de 18 años) _____ Fecha: _____