



**Información para Casos de Emergencias**  
(los dos lados)

817 Vine Street, Suite 204  
Los Angeles, CA 90038  
Ph: (323) 462-4311 Fx: (323) 462-4367  
www.harmony-project.org

**Información Personal**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular u Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular u Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Acudiente \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular u Otro \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Contacto en Caso de Emergencia \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular u Otro \_\_\_\_\_

Contacto en Caso de Emergencia \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular u Otro \_\_\_\_\_

Plán Médico del Participante \_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Problemas Médicos y/ó Alergias \_\_\_\_\_

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

Medicamentos que toma actualmente y/ó Necesidades Especiales

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



817 Vine Street, Suite 204  
 Los Angeles, CA 90038  
 Ph: (323) 462-4311 Fx: (323) 462-4367  
 www.harmony-project.org

## Informacion para Casos de Emergencia (pagina 2)

Puede su hijo tomar aspirina o Tylenol en caso de ser necesario?  Sí  No

Benadryl?  Sí  No

Ha su hijo sufrido alguna de las siguientes?

Varicela	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Resfriados	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sarampión	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Rubiola	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Oidos	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Desmayo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Constipación	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Apendicitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Males Estomacales	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Difteria	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Erupciones en la Piel	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Males Cardiacos	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fiebre Alta	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hemorragia Nasal	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Mencione el **año** de la última vacuna o refuerzo

Tetano	_____	Difteria	_____	Tosferina	_____
Polio	_____	Paperas	_____	Sarampión	_____
Rubiola	_____				

### **Autorización Medica**

En caso de ser necesario que el estudiante, alguno de los padres, y/ó el acudiente mencionados en este documento requirieran atención médica mientras estén participando en The Harmony Project y/ó cualquier actividad con la que dicho Programa este afiliado, mediante este documento damos/doy a The Harmony Project y su personal, permiso para usar su juicio con el fin de obtener dicho cuidado medico. Damos/Doy consentimiento mediante este documento al professional de la salud escogido por The Harmony Project para que proporcione el cuidado medico que considere pertinente. Entendemos/Entiendo que The Harmony Project no tiene un seguro que cubra costos medicos ó de hospitalización en los que el participante pueda incurrir, y por ello, dichos costos serian nuestra/mi entera responsabilidad.

Firma de Padre ó Acudiente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Madre ó Acudiente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_