



NATURE ADVENTURES

Permiso para Cuidados de Emergencia y Tarjeta de Salud

Información del Participante

Nombre: _____ Sexo _____ Edad _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono: Hogar _____ Celular _____

Padre o tutor que vive con el niño/a _____

Madre o tutora: _____ Teléfono: _____

Padre o tutora: _____ Teléfono: _____

Emergencia: _____ Teléfono: _____
(Residente local – persona a llamar cuando no están los padres)

Información extra: Díganos algo de la personalidad o estilo de aprendizaje de su hijo que nos sirva para mejorar esta experiencia educativa. _____

Información Médica y de Salud

Problemas de salud: especificar cualquier cosa que limite la actividad o requiera cuidados especiales, incluyendo alergias:

Medicación: Por favor, indique cualquier medicamento recetado que su niño/a tome regularmente:

➤ Si, en caso de emergencia no pueden localizarme, por favor llamar a: Dr. _____
(Nombre del médico o otro)

Teléfono _____ y traslade a mi hijo/a a cualquier servicio médico disponible.

➤ Yo, autorizo al personal del Museo de Historia Natural de Santa Bárbara a prestar tratamiento medico de emergencia a mi hijo/a hasta el momento que yo pueda hacerme presente en el lugar.

Nombre del seguro y número de póliza: _____
(Favor de proveer una copia)

Firma: _____ Fecha: _____
(padre o tutor)

