

Nombre de participante

Forma de Información Médica

Esta forma es únicamente para uso en caso de necesidad ó emergencia médica; toda la información será mantenida estrictamente confidencial y únicamente será vista por el coordinador de apoyo médico y el personal médico que proporcione los primeros auxilios, en una necesidad básica únicamente.

Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____
Edad _____

Cualquier condición médica que actualmente usted este padeciendo (incluyendo pero no limitado a enfermedad del corazón, problemas respiratorios como asma, diabetes, epilepsia u otro desorden del sistema nervioso, problemas urinarios o del riñón, alergias, desorden ó problemas musculares, desorden digestivo ó cualquier otra condición médica por la cual usted actualmente este recibiendo tratamiento (favor de listar todas las condiciones); si no hay ninguna, favor de escribir "ninguna" _____

Favor de listar cualquier condición de salud mental que actualmente usted este padeciendo y que pueda afectar su estado de salud en la caminata; si no hay ninguna, favor de escribirlo _____

Favor de listar cualquier prescripción ó contra medicación que actualmente este tomando regularmente y que usted deba tenerla consigo en la caminata:

(si va a traer medicina, favor de estar seguro de traer la cantidad adecuada para toda la caminata, ya que vamos a tener un acceso limitado a instalaciones médicas. Favor de estar seguro de que todas las medicinas estén en su frasco/caja correcta, estén propiamente etiquetadas y en un lugar accesible dentro de sus pertenencias).

Favor de listar cualquier herida reciente, o si no hay ninguna, que haya ocurrido dentro de los pasados seis meses: _____

Nombre de un contacto para emergencia (alguien que pueda ser contactado durante todo el tiempo que dure la caminata, siéntase libre de listar mas de un nombre si lo necesita).

Nombre _____
Parentesco _____
Teléfono: _____

Gracias por su cooperación.

Yo, _____, firmo este documento para dar mi autorización para que me pueden atender en caso de emergencia física o mental. No haré responsable a la Caminata del Emigrante por cualquier daño o enfermedad que pueda incurrir durante la caminata.

Nombre

Fecha