

**Formulario para Emergencias,  
Consentimiento de Tratamiento Médico &  
Formulario De Contactos De Emergencia**

**Nombre del Participante**

Fecha del Nacimiento

**Seguro Medico**

¿El participante está cubierto por un seguro médico o seguro de hospital?      Sí      No

Favor de adjuntar una copia de la tarjeta de seguro médico del participante.

Si es que tenga seguro, indique el número de la póliza / grupo:

Nombre de la compañía del Seguro

Nombre del asegurado

Parentesco entre el asegurado con el participante

**Información Médica**

Médico De Atención Primaria

Teléfono

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

¿Tiene el participante alguna condición médica crónica o aguda que requiera algún tipo de acomodación para permitir la participación en el programa / actividad?      Sí      No

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

Favor de enumerar cualquier medicamento que se debe administrar al participante en caso de una emergencia.

Favor de enumerar cualquier alergia a medicamentos, polen, comida o picazón de insectos e indique si el participante tiene un EpiPen para las reacciones alérgicas.

Enumere cualquier otra necesidad especial o problema médico que sea importante saber en caso de una emergencia.

Teléfono Fijo del Participante

Teléfono Celular del Participante

**En Caso de Emergencia, Favor de Contactar**

Nombre del Contacto en Caso de Emergencia

Ciudad

Parentesco

Padre

Tutor Legal

Hermano

Otro, indique parentesco

Teléfono Fijo

Teléfono Alternativo

Dirección de Correo Electrónico

Nombre de Contacto Secundario

Ciudad

Parentesco

Padre

Tutor Legal

Hermano

Otro, indique parentesco

Teléfono Fijo

Teléfono Alternativo

Dirección de Correo Electrónico

### **Consentimiento de Tratamiento Médico**

Doy mi consentimiento a la Universidad del Pacífico para obtener atención médica de emergencia bajo cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, las extremidades o el bienestar del participante mencionado anteriormente.

### **Firma del Participante**

Fecha

### **Firma del Padre/Tutor Legal**

(Si el plan de salud cubre el participante o si el participante tiene menos de 18 años al comienzo del programa/actividad)

Firma

Fecha

Nombre del Padre/Tutor Legal