

# RCC FORMA DE EXONERACIÓN MEDICA

Doctor \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Seguro Medico \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Numero del Grupo del Seguro \_\_\_\_\_ Numero de Poliza \_\_\_\_\_

Fecha de la vacuna contra el tétano \_\_\_\_\_

Indica cualquier condición física o necesidad especial que necesitemos saber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que llevas al campamento \_\_\_\_\_

Alergia o medicamento el cual no debe tomar \_\_\_\_\_

¿Podemos darle a su hijo cualquier medicamento que se obtiene sin receta medica, tales como para alergias, dolor o reducir la fiebre?

Si  No

Acuerdo de quien acampara: Estoy de acuerdo a sujetarme a los reglamentos de Rockford Christian Camp como se muestra en el libro de políticas. También me comportare conforme a los principios cristianos y el ejemplo tales como el amor y el servicio a otros.

Firma de quien asistirá:  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo (nosotros) autorizo al director del campamento o quienes fuesen asignados a las decisiones medicas que recomienden los médicos para el bienestar de quien esta aplicando. La enfermera o director de salud del campamento podrá administrar medicamentos prescritos y tratar cualquier emergencia que se presente mientras se este en el Rockford Christian Camp.

Padre/Tutor  \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Madre/Tutor  \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rockford Christian Camp

PO Box 5966

Rockford, IL 61125

(815) 874-4041