



FORMULARIO DE INFORMACION DE SALUD

| |
|---|
| Nombre del consejo: Girls on the Run of the Rockies |
| Ubicación del sitio: |

Información de participante:

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------|
| Nombre del participante: | Fecha de nacimiento: | |
| Dirección del domicilio: | Teléfono: | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Correo electrónico: | | |
| Nombre del madre/del tutor legal: | Teléfono del Trabajo: | Celular: |
| Nombre del padre/del tutor legal: | Teléfono del Trabajo: | Celular: |

Contactos de emergencia (contactados sólo después de que los esfuerzos para llegar a los padres o tutores no):

| | | |
|-------------------------------|-----------------------|----------|
| Contacto #1: | Teléfono del Trabajo: | Celular: |
| Relación con la participante: | Correo electrónico: | |
| Contacto #2: | Teléfono del Trabajo: | Celular: |
| Relación con la participante: | Correo electrónico: | |

Las Alergias y Medicamentos:

| |
|---|
| Alergias (por favor, la lista ha experimentado alguno o todos los alergias del participante): |
| Medicamentos (por favor lista de todos o alguno de los medicamentos que la participante este tomando atualmente): |
| Cualquier problema físico o médico especial: |

Por favor explique las respuestas "sí", señalando el número de las preguntas

| |
|--|
| |
|--|

Información de Seguro:

| | |
|--|----------------------------|
| ¿Es participante cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Empresa / Nombre del Plan: |
| Nombre del asegurado: | Grupo #: |
| Relación con el participante: | Política #: |

He leído completamente los permisos y liberaciones en el reverso de este documento, se entiende, y acepta expresamente a ellos. Por la presente certifico que no hay contraindicaciones a la participación del Participante en el programa Girls on the Run. Yo soy el padre, madre o tutor legal del participante, y el permiso de éste y la liberación vinculante para mí y mi albacea, administradores y herederos.

Nombre de Tutor (por favor imprima): _____

Firma de Tutor: _____ Date: _____