COMPASSION KIDS

- Asiste por primera vez
- Nuevo miembro de la familia
- Actualizar información
- Invitado de la familia

Al completar este formulario, yo, o la persona que trae a los niños aquí mencionados, acepto permanecer en el campus durante toda la programación de los niños.

Información del niño/a

NOMBRE	APELLIDO	M/F	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GRADO	ALERGIAS/ NECESIDADES ESPECIALES/ INFORMACIÓN DE CUSTODIA (AUTISMO, ASMA, DISCAPACIDAD AUDITIVA, ETC.)
		M/F	/ /			
		M/F	/ /			
		M/F	/ /			
		M/F	/ /			

Información de la Persona Responsable

1ER ADULTO: NOMBRE	APELLIDO	RELACIÓN CON EL NIÑO(A) (ENCIERRE UNO) MADRE / PADRE / GUARDIÁN / OTRO	FECHA DE NACIMIENTO / /
TELÉFONO CELULAR		EMAIL	
1ER ADULTO: NOMBRE	APELLIDO	RELACIÓN CON EL NIÑO(A) (ENCIERRE UNO) MADRE / PADRE / GUARDIÁN / OTRO	FECHA DE NACIMIENTO / /
TELÉFONO CELULAR		EMAIL	

SÓLO COMPLETE ÉSTA SECCIÓN SI USTED ES EL PADRE /MADRE O GUARDIÁN

DIRECCIÓN DE LA FAMILIA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE COMPLETO DE OTRO(S) ADULTO(S) AUTORIZADOS A RECOGER AL NIÑO(A/S)	RELACIÓN CON EL NIÑO/A	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO CELULAR
		/ /	
		/ /	

La información contenida en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Todos los consentimientos y autorizaciones permanecerán en vigor a menos que el abajo firmante los revoque por escrito a Compassion Christian Church, 55 Al Henderson Blvd., Savannah, GA 31419.

AUTORIZACIÓN MÉDICA/CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO A UN MENOR

Reconozco que puede haber ocasiones en las que uno o más de los niños menores mencionados anteriormente necesiten primeros auxilios o tratamiento médico o dental de emergencia como resultado de un accidente, enfermedad u otra condición de salud o lesión y no estoy disponible para tomar decisiones de atención médica para dicho(s) niño(s). Bajo tales circunstancias, por la presente doy permiso para que un Miembro del Personal y/o voluntario de Compassion Christian Church proporcione atención de primeros auxilios a los niños mencionados anteriormente. Además, en el caso de que mi(s) hijo(a)(s) necesiten atención médica o dental de emergencia, autorizo a Compassion Christian Church, Inc. o su representante designado a transportar a mi(s) hijo(a)(s) a la sala de emergencias de un hospital autorizado, y yo por la presente otorgo mi consentimiento para que el hospital y su personal médico brinden a mis hijos el tratamiento médico de emergencia que un médico con licencia considere necesario (incluida la anestesia). Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por todos los gastos de transporte, hospitalarios, médicos y otros gastos incurridos.

Como padre/madre o guardián legal de mi hijo(a) menor de edad (Participante mencionado anteriormente), soy responsable de las decisiones de atención médica de mi hijo(a) menor de edad y estoy autorizado(a) a dar mi consentimiento para que se le presten los servicios. Declaro que mi consentimiento y acuerdo para pagar la atención o el tratamiento dental, médico y/o hospitalario que se brindará a mi hijo(a) menor, es legalmente suficiente y que no se requiere el consentimiento de ninguna otra persona.

PRINTED NAME OF PARENT/GUARDIAN _____

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN _____ DATE _____