

# FORMULARIO DE MATRÍCULA



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO  
RECINTO METROPOLITANO  
PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA

**Junio** # Participante: \_\_\_\_\_



Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha nacimiento (mm/dd/año) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Femenino ( ) Masculino ( )

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Escuela de procedencia: \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Tel. Trab. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Tel. Trab. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Persona encargada \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Tel. Trab. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia llamar a: (Además de los padres o persona encargada)**

1. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Tel. Trab. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Tel. Trab. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

**Personas autorizadas a recoger al niño(a):**

( ) Padre está autorizado-ID \_\_\_\_\_ ( ) Madre está autorizada-ID \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

**Persona NO autorizada a recoger al niño(a): (Si aplica)**

1. \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Historial de salud:**

Nombre del Médico de Familia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Plan Médico \_\_\_\_\_

Marque con una **X** la condición médica (si alguna):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias _____    | <input type="checkbox"/> Tinnitus _____     | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____ |
| <input type="checkbox"/> Resfriados _____  | <input type="checkbox"/> Asma _____         | <input type="checkbox"/> Paperas _____           |
| <input type="checkbox"/> Mareos _____      | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> Sinusitis _____         |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis _____ | <input type="checkbox"/> Desbalance _____   | <input type="checkbox"/> Diabetes _____          |
| <input type="checkbox"/> Fiebres _____     | <input type="checkbox"/> Epilepsia _____    | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia _____      |
| <input type="checkbox"/> Pulmonía _____    | <input type="checkbox"/> Oído _____         |  |

Otras condiciones o alergias: \_\_\_\_\_

¿El/la niña(a) consume medicamentos de uso prolongado? ¿Se le tiene que facilitar el mismo? Ofrezca detalles. De consumir medicamentos de uso prolongado, el encargado legal debe solicitar una reunión urgente con el director (a) para proveer y discutir el programa de salud provisto por el especialista médico del campista. Esto de acuerdo con la legislación vigente.

De surgir una lesión menor que no requiera atención médica se autoriza al personal del SMP InterMetro a ofrecer primeros auxilios en el Recinto y de ser necesario se traslade al hospital más cercano.

- Sí       No

De ser necesario, se autoriza a brindarle al menor medicamento tales como:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tylenol      Dosis _____  | <input type="checkbox"/> Panadol      Dosis _____    |
| <input type="checkbox"/> Benadryl      Dosis _____ | <input type="checkbox"/> Tumbs      Dosis _____      |
| <input type="checkbox"/> Advil      Dosis _____    | <input type="checkbox"/> Antiácidos      Dosis _____ |

**El Campamento no suministrará ningún medicamento controlado.**

**Autorización**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a mi hijo(a) \_\_\_\_\_  
Padre, Madre o Encargado      Nombre del niño(a)

a participar de las actividades programadas por el SMP INTERMETRO (SUMMER MUSIC PROGRAM).

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha