

FORMULARIO DE MATRÍCULA



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PUERTO RICO
RECINTO METROPOLITANO
PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA

Junio # Participante: _____

Julio # 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? ¿Requiere que se le facilite 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 Verano Inter Metro Junio/julio 2019 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"/> Tums 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 Verano Inter Metro junio/julio 2019.

Firma del padre, madre o encargado

Fecha