



Shiloh Terrace Baptist Church

Forma de Informacion Medica

Información General :

Nombre del Niño : _____

Dirección: _____

Ciudad, Código : _____

Numero de teléfono : _____ Fecha de Nacimiento : _____ Edad: _____

Información de los Padres:

Nombre del Papa: _____

Teléfono de Trabajo: Mama: _____ Papa: _____

Numero del Celular: _____

En caso que los padres no puedan ser contactados ponga una persona adicional:

Nombre: _____ teléfono: _____

Hijos	Edad	Hijos	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Quien trae a sus hijos a STBC? _____

Quien tiene permiso de recoger a tus hijos? _____

Hay alguien que no debe recoger a sus hijos?

Padres/ Firma del Guardián

Yo autorizo a la persona encargada de mis hijos llevarlos al hospital en caso de emergencia. Yo entiendo que me van a contactar a mi primero. Yo tomo toda la responsabilidad económica si mi hijo es llevado a ser visto por un Doctor. Yo admito que la Iglesia no es responsable de ningún cargo si algo inesperado pasa a mis hijos.

Padres/Firma de Guardián

Fecha

“Given under my hand and seal of office, this the _____ day of _____, 2008.”

Notary Public

Date

County of Dallas

State of Texas