

Por favor imprime claramente

Fecha: _____ Apellido: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y DIVULGACIÓN

En caso de que se requiera atención médica de emergencia para el Propietario, la familia del Propietario o los invitados del Propietario mientras se encuentren en las instalaciones de Rancho de Los Amigos, y el permiso normal no esté disponible de manera oportuna, el abajo firmante autoriza la atención médica de emergencia adecuada según lo considere necesario personal médico de emergencia, un médico o el centro médico que proporciona cualquier tratamiento.

Información relacionada: _____

Padre o tutor de: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfonos: Casa _____ Trabajo: _____

A quién contactar en caso de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

HE LEÍDO ESTE COMUNICADO, ACEPTO SUS TÉRMINOS Y PROPORCIONÉ LA INFORMACIÓN INDICADA.

Fecha: _____

DUEÑO/DUEÑA: _____