

Por favor imprime claramente

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA PARA USUARIOS MENOR

Información del ciclista:

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

Persona de contacto en caso de lesión o enfermedad del propietario/piloto:

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Relación con el menor: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

Teléfono celular: _____ Buscapersonas: _____

Información médica del pasajero:

Fecha de nacimiento: _____ Hospital de
elección: _____

Condiciones médicas existentes: _____

Alergias/Sensibilidades: _____

Medicamentos regulares: _____

Médico personal: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguro médico: _____

Número de plan/póliza: _____

Consentimiento para el tratamiento:

En el caso de que el niño mencionado anteriormente se lesione o se enferme y requiera tratamiento médico de emergencia, por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia que un profesional médico autorizado considere necesario y prudente hasta el momento en que me puedan localizar y dar mi consentimiento para tratamiento en nombre de mi hijo.

Firmado: _____ Fecha: _____

Relacion hacía el niño: _____