

**Permiso del Adulto y Formulario de Viaje**

Nombre del Adulto \_\_\_\_\_

Sexo M o F

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Posta \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DETALLES DEL EVENTO**

A continuación se describe brevemente la actividad:

Descripción del evento: ABLAZE 2015 Eucharistic Centered Retreat

Fecha del evento: January 30, 31, February 1, 2015

Destino del evento: St. Monica Catholic Church, Family Center, Dallas, Texas

Hora estimada de salida y de llegada: \_\_\_\_\_

Medio de transporte hacia y desde el evento: \_\_\_\_\_

**Permiso del Joven y Formulario de Viaje**

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Número Telefónico \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia Adicional \_\_\_\_\_

Número Telefónico \_\_\_\_\_

Firma del Participante Adulto \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Permiso del Adulto y Formulario de Viaje**

**Nombre del Participante Adulto:** \_\_\_\_\_

**Información Medica:**  
**La siguiente información es solicitada, pero no obligatoria.**  
**Solo se usara en caso de emergencia**

**Compañía de Seguros:** \_\_\_\_\_

**Numero de Póliza:** \_\_\_\_\_ **Numero de Identificación del Seguro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Medicamentos:**  
Indique a continuación los nombres de los medicamentos que toma de forma regular:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

Inmunizaciones: (fecha de la ultima vacuna del tétanos/difteria) \_\_\_\_\_

Otros medicamentos que el niño toma actualmente: \_\_\_\_\_

Limitación(es) física(s): \_\_\_\_\_

¿Alguna otra condición médica especial de la que deberíamos estar enterados?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_