

Pacific Southwest District of the Church of the Brethren
HEALTH HISTORY, MEDICAL CONSENT & PARTICIPATION FORM EVENT:

Bus Trip to the Church of the Brethren National Youth Conference
on the Colorado State University campus in Fort Collins, CO via Gold Coast Tours.
Leaving Pomona, CA on July 20, 2018 and returning July 27, 2018.

Youth's Name: _____

Address: _____ City: _____ State: _____

Date of Birth: ____/____/____ Age: _____ Sex (circle one): M / F

Height: _____ Weight: _____

Insurance Provider: _____

Policy Number: _____

Family Physician: _____

Phone Number: _____

Date of last tetanus shot: ____/____/____

Please list any conditions (allergies, headaches, heart, respiratory, sinus behavioral, etc.), or limitations that may affect youth's participation in activities.

Please list any medications youth will be taking during event:

Medicine: _____ Dosage: _____ Time of Day: _____

Medicine: _____ Dosage: _____ Time of Day: _____

Medicine: _____ Dosage: _____ Time of Day: _____

In case of an emergency, please contact:

Parent/Guardian Name: _____ Relationship: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell phone: _____ Email Address: _____

Parent/Guardian Name: _____ Relationship: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell phone: _____ Email Address: _____

Consent for Medical Treatment:

I/We hereby grant permission to the Pacific Southwest District of the Church of the Brethren to secure the services of a doctor or hospital in case of emergency, as provided in Family Code Section 6900 et seq. without obligating the District. I/We consent and assume responsibility for the participation in the event described at the top of this form and expressly waive any and all claims against the Pacific Southwest District Church of the Brethren, Inc., or its representatives, on account of injury or other damages that may be incurred to this participant or their property:

Parent/Guardian Name: _____

Signature: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Parent/Guardian Name: _____

Signature: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Both parent or legal guardian signatures required if youth is under 18 yrs of age

Distrito Pacífico Suroeste de la Iglesia de los Hermanos

HISTORIAL DE SALUD, CONSENTIMIENTO MÉDICO Y FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EVENTO:

Viaje por autobús a la Conferencia Nacional de Jóvenes de la Iglesia de los Hermanos
en la Universidad Estatal de Colorado en Fort Collins, CO via Gold Coast Tours.
Ida de Pomona, CA el 20 de julio, 2018 y de regreso 27 de julio, 2018.

Nombre del Joven: _____
Dirección: _____ Ciudad : _____ Estado : _____
Fecha de Nacimiento : _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo (circule uno) : M / F
Altura: _____ Peso: _____
Proveedor de Seguro : _____
Número de póliza: _____
Médico de familia: _____
Número de teléfono : _____
Fecha de la última vacuna contra el tétano : _____ / _____ / _____

Por favor liste cualquier condición (alergias, dolores de cabeza, del corazón, respiratorias, comportamiento, del sinusitis, etc), o limitaciones que pueden afectar la participación de jóvenes en actividades.

Por favor liste cualquier medicamentos que el joven va a tomar durante el evento.

Medicina : _____ Dosis: _____ Hora del día : _____
Medicina : _____ Dosis: _____ Hora del día : _____
Medicina : _____ Dosis: _____ Hora del día : _____
Medicina : _____ Dosis: _____ Hora del día : _____

En caso de una emergencia, por favor contactarse con:

Nombre del Padre/Tutor: _____ Parentesco: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo : _____
Teléfono de Cell: _____ Correo Electrónico: _____
Nombre de la Madre/Tutor: _____ Parentesco: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo : _____
Teléfono de Cell: _____ Correo Electrónico: _____

Consentimiento para el Tratamiento Médico:

Por el presente, Yo/Nosotros damos el permiso al Distrito Suroeste del Pacífico de la Iglesia de los Hermanos para asegurar los servicios de un médico u hospital en caso de emergencia, según lo dispuesto en el Código de Familia, Sección 6900 et seq. sin obligar al Distrito. Acepto/aceptamos y asumimos la responsabilidad de la participación en el evento descrito en la parte superior de este formulario y renunciamos expresamente a cualquier reclamo contra la Iglesia de los Hermanos del Distrito Pacífico Suroeste, o sus representantes, a causa de una lesión u otros daños que pueden ser incurridos a este participante o su propiedad:

Nombre del Padre/Tutor: _____
Firma: _____
Home Phone: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Nombre de la Madre/Tutor: _____
Firma: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Se requieren firmas de ambos padres o tutores si el joven es menor de 18 años.