

Programa de Bienestar

Partido Responsable:

Nombre: _____ Numero de Telefono _____

La fecha de nacimiento _____ Sexo F _____ M _____ Telefono Celular _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____

Estado _____ Zip codeé _____ Correo electrónico _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación _____ Número telefónico: _____

Los Niños o Familia: La familia bajo la edad de 18 anos en ser matriculada en Nadar lecciones o asociación de familia)

Nombre: _____ Edad _____ Día de Nacimiento ___/___/___ Sexo: F /M

Relación: _____

Nombre: _____ Edad _____ Día de Nacimiento ___/___/___ Sexo: F /M

Relación: _____

Nombre: _____ Edad _____ Día de Nacimiento ___/___/___ Sexo: F /M

Relación: _____

Información de Salud

E hace o cualquiera listo arriba actualmente tiene o ha tenido en el pasado cualquiera de las condiciones siguientes. Liste por favor nombre del individuo junto a la condición):

Diabetes: Si ___ No ___ Hipertensión: Si ___ No ___ Enfermedad Cardiaca: Si ___ No ___

Infarto: Si ___ No ___ Injerto de marcapasos: Si ___ No ___ Injerto metálico: Si ___ No ___

Tomas: Si ___ No ___ Desordenes circulatorios: Si ___ No ___ Hepatitis B: Si ___ No ___

Llagas o heridas rotas: Si ___ No ___ Alergias: Si ___ No ___ Embarazo: Si ___ No ___

Migrañas: Si ___ No ___ Problemas de riñón: Si ___ No ___ Desordenes nerviosos: Si ___ No ___

Hernia: Si ___ No ___ MRSA: Si ___ No ___ Tuberculosis: Si ___ No ___

Si en cualquiera del arriba, da por favor la fecha aproximada y descripción breve de condiciones:

Liste por favor cualquier medicina usted o cualquiera listo arriba actualmente toman y si es accesible durante su sesión en caso de una emergencia debe surgir: _____
