

AUDUBON CENTER OF THE NORTH WOODS
(CENTRO AUDUBON DE LOS BOSQUES DEL NORTE)

Información médica (adulto)

Contacto

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Dirección de la casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Condado _____ Teléfono _____

Médico familiar o de cabecera _____ Teléfono del médico _____

En caso de emergencia contactar a:

Nombre _____ Teléfono _____

Parentezco _____

Información del seguro médico

Nombre del seguro o del cubrimiento médico _____

Póliza # _____

Estado de salud general

¿Existe alguna razón por la cual usted no deba tomar parte en actividades físicas en el Audubon Center?

SÍ _____ NO _____

Si su respuesta es sí, por favor explique:

Firma _____ Fecha _____