



Autorización de tratamiento médico

Por la presente, autorizo y doy mi consentimiento a cualquier profesional de la salud con licencia para que realice o administre a _____ (nombre del estudiante) cualquier tratamiento médico o quirúrgico que sea razonablemente necesario.

También autorizo la administración de cualquier anestésico que sea necesario o aconsejable durante procedimientos médicos o quirúrgicos. Esta autorización cubre tratamientos de emergencia, vacunas, inyecciones y operaciones y procedimientos menores.

Esta autorización no autoriza al servicio ni al médico a realizar ningún tratamiento médico o quirúrgico sin el consentimiento personal del estudiante, a menos que este se encuentre incapacitado para dar su consentimiento (es decir, inconsciente).

También se autoriza la divulgación de información del historial médico del estudiante cuando sea necesario para el tratamiento de una afección médica.

Este permiso es válido únicamente mientras el estudiante participe en la actividad patrocinada por la Universidad La Sierra indicada como La Sierra University - Summer 2026.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre (o tutor, si el estudiante es menor de 18 años)

Fecha



Formulario de historial médico

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Fechas de viaje _____ Destino _____

Dirección de la escuela/trabajo _____

Teléfono (____) _____

Dirección de casa _____

Teléfono (____) _____

Padre o tutor (si es menor de 18 años) _____

Teléfono (____) _____

Persona a notificar en caso de emergencia _____

Teléfono diurno (____) _____

Teléfono vespertino/nocturno (____) _____

Persona alternativa a notificar en caso de emergencia _____

Teléfono diurno (____) _____

Teléfono vespertino/nocturno (____) _____

Nombre del médico _____

Hospital de preferencia _____

POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

¿Ha tenido (o tiene actualmente) alguno de los siguientes síntomas? Si responde "sí" a alguna de las siguientes preguntas, describa el problema y sus implicaciones para un tratamiento adecuado de primeros auxilios en una hoja aparte.

Círculo uno

Traumatismo craneoencefálico (conmoción cerebral, fractura de cráneo)	Sí	No
Desmayos (mareos, pérdida del conocimiento)	Sí	No
Convulsiones/epilepsia/ataques	Sí	No
Asma o sibilancias	Sí	No
Hipertensión arterial	Sí	No
Infecciones renales/de vejiga	Sí	No
Hernia	Sí	No
Diabetes	Sí	No
Alergias	Sí	No
Especifique _____		
Dificultad para ver	Sí	No
Infecciones oculares frecuentes	Sí	No
Infecciones de oído persistentes	Sí	No
Pérdida de audición	Sí	No
Cáncer o neoplasia maligna	Sí	No
Enfermedad cutánea grave	Sí	No
Palpitaciones o arritmias	Sí	No
Soplo cardíaco	Sí	No
Migraña u otras cefaleas	Sí	No
Anemia	Sí	No
Lesión de cuello o espalda	Sí	No
Otras lesiones _____		

¿Ha recibido recientemente una dosis de refuerzo contra el tétanos? _____

Si es así, ¿cuándo? _____

¿Está tomando algún medicamento actualmente? _____

Si es así, ¿cuál? _____ ¿Por qué? _____

¿Le ha impuesto el médico alguna restricción en sus actividades? _____

Explique _____

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre (o tutor, si el estudiante es menor de 18 años)

Fecha