



# Fundación Sugar Free Kids, Corp.

“Prevención y control para una vida mejor”

## Registro de participante

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Tipo de diabetes: Tipo 1 \_\_\_\_\_ Tipo 2 \_\_\_\_\_ Sobrepeso \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Edad del diagnóstico: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo y teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_ Distrito escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de la trabajadora social: \_\_\_\_\_

Nombre del médico pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del endocrinólogo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

Yo \_\_\_\_\_ madre, padres o encargado autorizo a la Fundación Sugar Free Kids a visitarnos con su grupo de apoyo en nuestra estadía en el hospital para recibir orientación y darle continuidad al proceso de aprendizaje sobre la condición.

**Política de privacidad:** Sugar Free Kids, Corp., respeta el derecho a la privacidad de todos sus participantes y está comprometida a salvaguardar y proteger la información de cada uno, por lo cual no transferirá los datos de esta solicitud con fines de comercialización.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_