



Formulario de Autorizacion Medica

Estimado médico,

El paciente nombrado a continuación ha solicitado asistir a un retiro de dos días y medio dirigido por Reel Recovery Argentina , una organización internacional sin fines de lucro que ofrece retiros gratuitos de pesca con mosca para hombres que viven con cualquier forma de cáncer potencialmente mortal, en tratamiento o recuperación. Estos son elegibles para el retiro si son físicamente capaces. El evento incluirá instrucción de pesca con mosca por parte de instructores capacitados de pesca con mosca y discusiones psicosociales dirigidas por Facilitadores profesionales. El ejercicio físico incluirá fly-casting, períodos prolongados de pie y pesca en un arroyo o al lado de un estanque, todo el tiempo asistido por guías experimentados. Se anima a los hombres a participar en su propio ritmo y nivel de actividad, con períodos de descanso disponibles siempre que sea necesario. Todas las comidas, bebidas y el alojamiento es proporcionado por Reel Recovery Argentina y las restricciones dietéticas se consideran tanto como sea posible.

Por favor, rellene, firme y devuelva este formulario por fax o correo electrónico utilizando la información que se indica a continuación. Si tienes alguna pregunta, llame al número que adjuntamos a continuación. Gracias.

Nombre del participante: _____

Ubicación del retiro: _____ Fecha: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Restricciones físicas y/o necesidades especiales: _____

Otras condiciones médicas: _____

Creo que el paciente mencionado anteriormente es un candidato razonable para participar en un retiro de Reel Recovery.

Firma del médico _____ Fecha: _____

Sello _____ Teléfono: _____

Institución: _____

Por Favor, Devuelva El Formulario a info@reelrecovery.org

info@reelrecovery.org Tel: 1-800-699-4490 Fax 1-781-449-9031 www.reelrecovery.org