

**DISTRITO ESCOLAR DE SALINA**  
**DEPARTAMENTO ATLÉTICO AUTORIZACION MEDICA DE EMERGENCIA**

Este formulario debe estar disponible por el entrenador en todas las prácticas del equipo y en concurso para cada participante para asegurar el tratamiento adecuado por los proveedores de cuidado de salud en caso de heridas graves.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Primer Grado \_\_\_\_\_ Segundo Sexo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono de Negocio \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono de Negocio \_\_\_\_\_

Aseguradora \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En el caso que los padres / tutores no pueden ser contactado, por favor, póngase en contacto con:

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por lo presente doy mi consentimiento para cualquier atención de emergencia o tratamiento considerado necesario por los profesionales de la salud (por ejemplo, los médicos y / o entrenadores de atletismo) designados por las autoridades escolares y los patrocinadores y / o para el transporte a una sala de emergencias de un hospital para el tratamiento de cualquier enfermedad o heridas resultando de o que ocurre en conjunción con su participación en esta actividad.

1. Fecha de la última vacuna tétanos \_\_\_\_\_
2. Cualquier alergia a medicamentos (Penicilina, sulfamidas, etc.) \_\_\_\_\_
3. Cualquier condición física como la diabetes, epilepsia, asma, etc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Lista de cualquier medicamento o tratamiento médico prescrito para el niño \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico Preferido \_\_\_\_\_

Hospital Preferido \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización sólo será válida cuando yo no pueda ser contactado personalmente y para proporcionar un tratamiento inmediato.

Deportes Atleta Juega \_\_\_\_\_

**DEBE SER FIRMADO Y FECHADO EN FRENTE DE UN NOTARIO**

.....

\_\_\_\_\_  
Signed (Parent or Guardian) Firmado (Padre o Tutor) \_\_\_\_\_ Date Fecha \_\_\_\_\_

Witness my hand this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ (month/year)

ATTEST: (seal)

State of \_\_\_\_\_

County of \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Signature