

F-2 2320

Kennewick School District 17
STUDENT EMERGENCY INFORMATION
(INFORMACION DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE)

MEDICAL PERMISSION – INSURANCE AUTHORIZATION – TRAVEL PERMISSION
(AUTORIZACIÓN MÉDICA-AUTORIZACIÓN DEL SEGURO MÉDICO-PERMISO PARA VIAJAR)

Student Name _____ School _____ Grade _____
(Nombre del Estudiante) (Escuela) (Grado)
Student Birth Date _____ Activity _____
(Fecha de Nacimiento del Estudiante) (Actividad)
Student Address _____ City _____ Zip _____
(Dirección del Estudiante) (Ciudad) (Código Postal)

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND INSURANCE AUTHORIZATION
(TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN DE SEGURO)

As the parent/guardian of the above named student, my signature on this form authorizes any emergency medical treatment by a licensed medical physician and/or medical facility in the event of accident, illness or injury.
(Como el padre/tutor del estudiante mencionado, mi firma en esta forma autoriza cualquier tratamiento médico de emergencia por un médico u oficina medica en caso de un accidente, enfermedad o herida.)

Does the supervising person have your permission to seek medical attention from the nearest licensed physician and/or medical facility? (¿Tiene la persona encargada su autorización de buscar atención médica con el médico u oficina medica más cercana?)

- Yes, parent/guardian initial (Si, iniciales del padre/tutor) _____
 No, parent/guardian initial (No, iniciales del padre/tutor) _____ Please specify below the procedure you wish the supervising person to follow: (Por favor especifique en la parte de abajo el procedimiento a seguir por la persona encargada)

I am aware that Kennewick School District does not provide medical insurance coverage for accidents/injuries resulting from participation in school and/or school-related activities. As the parent/guardian of the above named student, I accept full responsibility for the cost of treatment for any accident, illness or injury which my student may suffer while participating in school/school related activities.

(Estoy consciente que el Distrito Escolar de Kennewick no proporciona cobertura de seguro médico en caso de un accidente/herida que suceda durante la participación en actividades escolares o con relación escolar. Como padre/tutor del estudiante mencionado, acepto toda la responsabilidad del cobro por el tratamiento de cualquier accidente, enfermedad o herida que pueda sufrir mi estudiante mientras participe en actividades escolares o con relación escolar.)

I understand that my student must maintain adequate medical insurance coverage in order to participate in interscholastic athletics/activities, and that it must be kept in force throughout the sport/activity season. (Comprendo que mi estudiante debe mantener cobertura de seguro médico adecuado para poder participar en deportes/actividades escolares, y debe de estar vigente durante la temporada de ese deporte/actividad.)

| HEALTH ALERTS - (ALERTAS DE SALUD) | |
|---|--|
| Parents must note any medical condition below (Los padres deben anotar abajo cualquier condición de salud) | |
| <input type="checkbox"/> Voluntary School Medical Insurance Protection (Seguro Escolar de Protección Medica Voluntaria) <input type="checkbox"/> Medical Coupons (Cupon Médico) <input type="checkbox"/> Family Medical Insurance (Seguro Médico Familiar) | Date of last Tetanus booster: _____ (Fecha de ultima vacuna de refuerzo de Tétano) Medication Allergies: _____ (Medicamentos para Alergias) Other Allergies: _____ (Otras Alergias) |
| <u>MEDICAL CONDITIONS:</u> (CONDICIONES MÉDICAS:) | |
| CURRENT MEDICATIONS (MEDICAMENTOS ACTUALES): | |

Family Physician _____ Telephone _____
(Médico de la Familia) (Teléfono)
Preferred Hospital (Hospital Preferido): Kennewick Trios Richland Kadlec Pasco Our Lady of Lourdes

Telephone number where each parent/guardian can be contacted:

(Número de Teléfono donde podemos llamar a cada uno de los padres:)

| | | | |
|--|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Father/Guardian _____ (Padre/Tutor) | Home _____ (Hogar) | Work _____ (Trabajo) | Cell _____ (Celular) |
| Mother/Guardian _____ (Madre/Tutor) | Home _____ (Hogar) | Work _____ (Trabajo) | Cell _____ (Celular) |

Emergency Contact:

(Contacto de Emergencia)

| | | | |
|------------------------|------------------------------------|---------------------------|--|
| Name _____ (Nombre) | Relationship _____ (Parentesco) | Phone _____ (Teléfono) | Alt. Phone _____ (Teléfono Alternativo) |
| Name _____ (Nombre) | Relationship _____ (Parentesco) | Phone _____ (Teléfono) | Alt. Phone _____ (Teléfono Alternativo) |

STUDENT TRAVEL PERMISSION
(PERMISO DE VIAJAR PARA EL ESTUDIANTE)

Kennewick School District has my permission to transport my son/daughter by District Bus/Vehicle, Private Vehicle and/or Rental Vehicle. (El Distrito Escolar de Kennewick tiene mi permiso de transportar a mi hijo/a en el autobús/vehículo del distrito, vehículo privado y/o vehículo rentado.)

Signature of Parent/Guardian (Firma del Padre/Tutor)

Date (Fecha)