

Distrito Escolar de Longview
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA EMERGENCIAS MÉDICAS Y DEPORTIVAS**

**** Por favor, presione con suficiente firmeza para atravesar todas las copias de este formulario ****

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Telecc e nacimient: _____

Padre o tutor legal: _____ Telre o tutor legal:: _____

Telre o tutor le: _____

Se requiere seguro médico para participar en deportes.

Compañía aseguradora: _____ N.º de póliza _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia y de que no se pueda contactar al padre/tutor legal, comuníquese con:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información médica:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> ¿Ha sufrido ataques de epilepsia? Si es así, descríbalos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades/condiciones generales: _____ | <input type="checkbox"/> Limitaciones y restricciones de actividades: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos que está tomando: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Operaciones que ha tenido: _____ | |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene diabetes? _____ | |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene alguna pérdida de audición conocida? _____ | |

AUTORIZACIONAUTORIZACIONAMIENTO MEDICO: En caso de enfermedad, accidente u otra emergencia que involucre al estudiante antes nombrado, el director o entrenador están autorizados a actuar en mi nombre cuando los esfuerzos para contactarme no sean exitosos. Como padre o tutor legal, autorizo a un médico calificado a examinar al estudiante antes nombrado en el evento de una lesión. También doy permiso para administrar atención de emergencia y hacer arreglos para alguna consulta con un especialista, incluido un cirujano, si se considera necesario, para garantizar la atención adecuada de alguna lesión. Se harán todos los esfuerzos para contactar a un padre o tutor para explicarle la naturaleza del problema antes de cualquier tratamiento involucrado. También he leído el Código de conducta; Doy mi consentimiento para que el estudiante antes nombrado participe en actividades deportivas de la escuela y aprobadas por WIAA como representante de su escuela; y doy mi consentimiento para que mi hijo acompañe al equipo cuando viaje a otras escuelas.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Marque los deportes/actividades en las cuales el estudiante antes nombrado podría elegir para participar este año:

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fútbol americano | <input type="checkbox"/> Tenis | <input type="checkbox"/> Lucha | <input type="checkbox"/> Béisbol | <input type="checkbox"/> Equipo de peloteo | <input type="checkbox"/> Fútbol |
| <input type="checkbox"/> Voleibol | <input type="checkbox"/> Waterpolo | <input type="checkbox"/> Natación/clavados | <input type="checkbox"/> Lanzamiento rápido | <input type="checkbox"/> Danza/equipo de prácticas | |
| <input type="checkbox"/> Campo traviesa | <input type="checkbox"/> Basquetbol | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Pista | <input type="checkbox"/> Boliche (solo chicas) | |

DECLARACION DEL ESTUDIANTE: He leído el Código de conducta contenido en el manual deportivo y estoy de acuerdo en seguir las pautas descritas. Las firmas del estudiante y el padre/tutor en este formulario significan la comprensión y aceptación de las reglas explicadas en el manual deportivo, incluidas las precauciones de seguridad, consideraciones y responsabilidades requeridas para la participación en un equipo deportivo, así como una comprensión de los riesgos y peligros posibles involucrados en tal participación.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____