PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT

Health Services

Athletic Emergency Card

To be completed by the parent or guardian. Please print clearly

Name _____ Grade _____ School_____ Age _____

Home Address _____Home Phone #:_____

Father's Name _____ Cell #: _____ Work #: _____

Mother's Name _____ Cell #: _____ Work #: _____

Alternate Contact _____ Cell #: _____ Relationship _____

Allergies _____ Medications _____
Insurance Company Name: _____ Policy/Group #: _____

Permission is hereby granted to the attending physician to proceed with any medical or minor surgical treatment, x-ray examination and immunizations for the above-named student. In the event of an emergency arising out of serious illness, the need for major surgery, or significant accidental injury, I understand that an attempt will be made by the attending physician to contact me in the most expeditious way possible. If said physician is not able to communicate with me, the treatment necessary for the best interest of the above-named student may be given.

_____ _____
Parent / Guardian Signature Date

Tarjeta de Emergencia

Nombre _____ Grado _____ Escuela_____ Edad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre de Padre _____ Celular _____ Trabajo #: _____

Nombre de Madre _____ Celular _____ Trabajo #: _____

Contaco Alternativo _____ Celular _____ Relación _____
Alergias/Condiciones _____ Medicamentos _____
Nombre de la Compañia de Seguro _____ Póliza/Grupo #_____

Le doy autorización al doctor en servicio para proceder con cualquier tratamiento o cirugía menor, radiografías, o vacunas para el estudiante arriba mencionado . En caso de una emergencia debido a una seria enfermedad, la necesidad de cirugia mayor, o una lesion significante, entiendo que se va a hacer por el doctor en servicio de contactarme en la major manera posible. Si dicho doctor no pudiera cominicarse conmigo,, se le puede dar el tratamiento necesario en el mejor interés del estudiante arriba mencionado. Entiendo que el distrito escolar no asume ninguna responsabilidad financiera de la atención médica y servicio de ambulancia.

_____ _____
Firma de Padre/Madre/Tutor Fecha