

Kennewick School District 17
STUDENT EMERGENCY INFORMATION
 (INFORMACIÓN 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) | Date of last Tetanus booster: _____
(Fecha de ultima vacuna de refuerzo de Tétano) |
| <input type="checkbox"/> Medical Coupons
(Cupon Médico) | Medication Allergies: _____
(Medicamentos para Alergias) |
| <input type="checkbox"/> Family Medical Insurance
(Seguro Médico Familiar) | Other Allergies: _____
(Otras Alergias) |

MEDICAL CONDITIONS:

(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 Alterno)
Name _____ (Nombre)	Relationship _____ (Parentesco)	Phone _____ (Teléfono)	Alt. Phone _____ (Teléfono Alterno)

STUDENT TRAVEL PERMISSION

(PÉRMISO 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) _____