

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA –DEPORTES
To Accompany Each Team

For Office Use Only

Escriba (en letra de molde)

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado (marque con un círculo): 9 10 11 12

Apellido _____ **Primer nombre** _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Zona Postal _____ Teléfono de casa () _____

Nombre Padre/Tutor _____ Teléfono de trabajo () _____ Teléfono de celular () _____

Nombre Madre/Tutor _____ Teléfono de trabajo () _____ Teléfono de celular () _____

Se requiere la siguiente información en caso de que su hijo(a) se enferme o se accidente en la escuela. Nombre a dos personas adultas responsables que podemos llamar si ocurre una emergencia y no podemos comunicarnos con usted.

Nombre _____ Teléfono de día () _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono de día () _____ Relación _____

Describa cualquier trastorno importante de salud _____

Nombre del médico/clínica _____ Compañía de Seguro Médico _____ Nro.de identif. médica _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Nombre del dentista _____ Teléfono _____

Por ley del Estado de California, si un estudiante está tomando medicamentos recetados, el padre/madre/tutor debe proveer a la escuela el nombre del medicamento, la dosis, y el nombre del médico que emitió la receta:

Si no podemos comunicarnos con usted, ¿nos autoriza para obtener cuidados médicos si fuera necesario, incluido el servicio de ambulancia, y que los costos correrán por cuenta suya? Sí _____ No _____

Si su respuesta es NO, indique qué acción desea que tomemos: _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____