



# INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA LOS DEPORTES DEL AASD/ TARJETA PARA PERMISO DE TRATAMIENTO

*Esta tarjeta debe llenarse cada año antes de comenzar a participar en cualquier deporte.*

Apellido del estudiante atleta \_\_\_\_\_ Nombre de pila \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Hombre / Mujer (circule uno) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Deporte en el que se participa \_\_\_\_\_  
Otoño Invierno Primavera

1. Por la presente doy mi permiso para que el estudiante atleta mencionado arriba practique, compita y represente a su escuela en el deporte aprobado por la WIAA.
2. También yo testifico que el estudiante atleta mencionado anteriormente no ha tenido ninguna lesión o ninguna enfermedad seria que haya requerido una evaluación médica antes de su participación este año escolar.
3. Adicionalmente doy mi permiso para que cualquier historial médico de salud del estudiante atleta mencionado anteriormente se haga disponible como sea necesario, para el personal del distrito escolar y para el médico proveedor, incluyendo a personal médico de emergencia.

*Padre/Tutor: Si existiera alguna duda de que este estudiante no esté cualificado para la competencia atlética, sin cuando menos, una devaluación parcial, póngase en contacto con su médico, antes de firmar esta tarjeta.*

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor en letra de molde \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Número de contacto \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Número de contacto \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Correo electronico (email) del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor del estudiante \_\_\_\_\_

Número de contacto del Doctor \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Póliza/Número de grupo \_\_\_\_\_

Alergias/Reacciones alérgicas \_\_\_\_\_

Condiciones medicas conocidas \_\_\_\_\_

*En caso de emergencia y en caso de que ningún padre/tutor esté disponible, por favor póngase en contacto con la persona alterna indicada abajo:*

Nombre de la persona alterna \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

**POR MEDIO DE LA PRESENTE DOY PERMISO AL DOCTOR QUE ATIENDE A MI ESTUDIANTE A PROCEDER CON CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO. ENTIENDO QUE EL DOCTOR INTENTARÁ PONERSE EN CONTACTO CONMIGO DE LA MANERA MÁS RÁPIDA POSIBLE. TAMBIÉN DOY MI PERMISO AL ENTRENADOR ATLÉTICO PARA DAR AL ATLETA EL CUIDADO NECESARIO DE EMERGENCIA, ANTES DE QUE SEA ADMITIDO EN EL HOSPITAL.**

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor en letra de molde \_\_\_\_\_