



**Información del estudiante  
y tarjeta de emergencia**  
Sports Medicine Department

(Please Print In English)

Nombre del deportista: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo fem/masc: \_\_\_\_\_ Deporte (s): \_\_\_\_\_ Núm.de ID de estudiante: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: TX C. Postal: \_\_\_\_\_  
Tel. Celular: \_\_\_\_\_ Correo elect.: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor legal: _____ <b>Parentesco:</b> _____ <b>Vive con él/ella</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____ Tel. de casa: _____ Tel. trabajo: _____ Tel. celular: _____ Correo elect.: _____	Padre/madre/tutor legal: _____ <b>Parentesco:</b> _____ <b>Vive con él/ella</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____ Tel. de casa: _____ Tel. trabajo: _____ Tel. celular: _____ Correo elect.: _____
---	---

Nombre de una persona que **viva cerca** y con la que podemos ponernos en contacto en caso de emergencia::

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIVADO (PRINCIPAL)**

Compañía: \_\_\_\_\_ Tel. de autorizaciones #: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

Doctor familiar: \_\_\_\_\_ Tel. #: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

Asma:  Sí  No    Diabetes:  Sí  No    Convulsiones:  Sí  No    Hipertensión:  Sí  No

Otros padecimientos médicos: \_\_\_\_\_

Alergias (medicinas, comida, insectos, etc.): \_\_\_\_\_

Medicinas que está tomando (inhalador, insulina, etc.): \_\_\_\_\_

Firma del padre o madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_