

**FORMULARIO CON INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA,
DEPARTAMENTO DE DEPORTES DEL CONDADO DE FULTON
2024-25**

Escuela secundaria: _____

Información del deportista:

Fecha preparado: _____ Deporte: _____ Grado: _____

Nombre del deportista: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Nombre del padre/madre: _____

En caso de emergencia, por favor comunicarse con las siguientes personas:

1) Nombre _____ Relación: _____

Teléfonos: (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

2) Nombre _____ Relación: _____

Teléfonos: (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

Información del seguro: (Cada deportista debe tener cobertura médica a través de una póliza individual o comprada a través del Sistema Escolar del condado de Fulton).

Compañía de seguro: _____ Número de la póliza: _____

O: Indicar el seguro escolar comprado: _____

Información médica:

Fecha de la última revisión física: _____

Por favor anote las alergias conocidas: _____

Anote las afecciones médicas que esté sufriendo y los medicamentos actuales: _____

Anote las lesiones previas: _____

¿El deportista tuvo alguna vez una conmoción cerebral? _____

Anote cualquier problema médico conocido sobre los cuales el personal médico debería estar al tanto en el momento de prestar tratamiento: _____

Permiso para brindar tratamiento:

- En el caso de una lesión o molestia menor, doy mi permiso para que el entrenador atlético trate al deportista según sea necesario.
- Si los padres, tutores legales u otras personas (mencionadas antes) no pueden ser contactados en el caso de una emergencia médica, doy mi consentimiento para que la escuela consiga un transporte de emergencia hasta el hospital de su elección y de la atención médica que se considere razonablemente necesaria para el bienestar del deportista, si se lastimó en el transcurso de su participación en actividades intercolegiales.

Firma del padre, madre o tutor legal:

Nombre: _____ Fecha: _____