

## LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS

## CUMPLIMIENTO DEL SEGURO ATLÉTICO:

Año escolar

2024-2025

Nombre del estudiante	(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)
Grado	Escuela	Fecha de Nacimiento	Fecha del último téano
Dirección	Código postal		Teléfono
Nombre del padre/tutor			Teléfono
Nombre de la madre			Teléfono
<b>En caso de emergencia, si no podemos contactar a uno de los padres:</b>			
Nombre	Teléfono	Relación	
Médico familiar	Teléfono del trabajo		

Según lo requerido por la Kansas State School Athletic Association, todos los estudiantes que participen en actividades atléticas y porristas deben ser protegidos por un seguro en caso de accidentes para lesiones catastróficas que excedan los \$25,000. Esta cobertura es brindada por la tarifa de participación atlética cubierta por cada participante.

Además, la política de escuela requiere que todos los participantes en las actividades patrocinadas proporcionen una prueba de cobertura de seguro médico para tratamiento de hasta \$ 25,000. El cumplimiento de esta normativa puede llevarse a cabo mediante una o las dos opciones siguientes:

**OPCIÓN 1++** Proporcione el nombre de la empresa y el número de la póliza de la entidad aseguradora que brinda el seguro médico que protege al estudiante participante.

**OPCIÓN 2\*\*** Adquirir una cobertura de seguro estudiantil, individual y voluntaria de los planes de seguro disponibles para los estudiantes de Lawrence Public Schools a través de una compañía de seguros independiente. (La información brindada por la compañía de seguros está disponible en la oficina escolar)

*(La cobertura es limitada: le recomendamos que lea detenidamente la poliza y consulte a la compañía para conocer los detalles.)*

**OPCIÓN 1++** Certifico que \_\_\_\_\_ está protegido por un seguro médico para el tratamiento hasta un mínimo de \$25,000  
(nombre del estudiante)

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Póliza/número del plan grupal \_\_\_\_\_

*COMPLETE LA OPCIÓN DOS SOLO SI ADQUIRÍÓ UN PLAN DE SEGURO DISPONIBLE PARA ESTUDIANTES DE LAWRENCE PUBLIC SCHOOL A TRAVÉS DE UNA ASEGURADORA INDEPENDIENTE*

**\*\*OPCIÓN 2** Certifico que \_\_\_\_\_ está protegido para recibir tratamiento médico por hasta al menos \$25,000 mediante un plan individual, voluntario y estudiantil y que se envió la solicitud con la prima requerida para esta cobertura a la compañía.

**PRUEBA DE COBERTURA REQUERIDA PARA LA OPCIÓN 2**

**AUTORIZACIÓN MÉDICA**

*En el caso de que mi hijo(a) se enferme o se lesione, y yo, o el médico autorizado mencionado anteriormente, no pueda ser contactado inmediatamente en el momento de una emergencia, y si el jefe del personal de Lawrence Public Schools USD #497, se requiere observación o tratamiento inmediato, autorizo y ordeno a dichos miembros del personal que organicen el transporte de mi hijo(a) (debidamente acompañado(a)) al centro médico más cercano para su evaluación y/o tratamiento. Este documento además autoriza y capacita a cualquier miembro de la facultad/personal del USD #497 para firmar o conceder cualquier y todas las autorizaciones médicas, dentales, quirúrgicas, de optometría o similares a cualquier médico licenciado, cirujano, dentista, optometrista, enfermera o persona similar entrenada en las artes de la salud tal como pueda ser razonable y necesario para el tratamiento de mi hijo(a), durante el tiempo que mi hijo(a) pueda estar bajo la supervisión del personal del USD #497, por cualquier actividad relacionada con la escuela o evento atlético o deportivo.*

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_  
(DEBE SER FIRMADO EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO - NO SE ACEPTARÁ EL FORMULARIO SIN FIRMA Y SELLO DEL NOTARIO)

Estado de Kansas	Condado de _____	
Suscrito y jurado ante mí este _____	día de _____	en el año de _____
(Firma del notario público)		
Mi cargo expira el:		(Sello)