



Sistema escolar de la ciudad de Cartersville

Formulario de autorización médica atlética

Información del estudiante

Nombre del atleta: _____
Deporte: _____
DIRECCIÓN: _____
Teléfono de casa: _____

Fecha: _____

Calificación: _____

Género: _____

Información del contacto

Nombre de la madre: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono del trabajo: _____
Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del Padre: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono del trabajo: _____
Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____

Persona que no sea padre/tutor para contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____
Teléfono (1): _____
DIRECCIÓN: _____

Relación: _____
Teléfono (2): _____

Médico de cabecera:

DIRECCIÓN: _____
Teléfono: _____

Compañía de seguros de salud:

Primario: _____
Secundario: _____

Política #: _____
Política #: _____

Enumere los medicamentos que toma el estudiante O cualquier condición médica relacionada con el estudiante.

(1) _____
(2) _____

INICIALES EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES DE CONSENTIMIENTO PARA DEMOSTRAR QUE LA DECLARACIÓN HA SIDO LEÍDA, ENTENDIDA Y ACORDADA

	Doy mi consentimiento para que mi hijo/hija represente a su escuela en actividades aprobadas, excepto aquellas excluidas por el médico examinador.
	Doy permiso para que mi hijo/a acompañe a cualquier equipo escolar del que sea miembro en todos los viajes aprobados. Él/ella será transportado hacia/desde todos los eventos en vehículos aprobados por la escuela. Los padres que deseen tener a su hijo con ellos cuando regresen de un evento deben hacer arreglos con el entrenador.
	En caso de una emergencia o lesión que requiera atención médica, espero que se hagan todos los intentos razonables para comunicarse conmigo. En caso de que no puedan comunicarse conmigo, doy permiso para cualquier tratamiento inmediato que el médico tratante considere necesario y acepto transportar a mi hijo a un centro médico. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos que sea decretada formalmente antes de la cirugía por al menos dos médicos o dentistas autorizados.
	Estoy de acuerdo en no responsabilizar a la escuela ni a ninguna persona que actúe en su nombre por cualquier lesión que le ocurra a mi hijo en el curso adecuado de las actividades deportivas o en los viajes hacia/desde los eventos del equipo.
	Reconozco y acepto que existen riesgos de lesiones físicas involucradas en la participación atlética que pueden resultar en lesiones, lesiones graves, parálisis permanente, discapacidad mental y/o muerte.
	Doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información médica que la escuela conozca para el tratamiento de mi hijo que pueda resultar lesionado, incluso a agentes o proveedores contratados de la escuela, incluidos, entre otros, terapeutas y entrenadores deportivos.

Padre/tutor legal (letra impresa)

Padre/Guardián Legal (Firma)