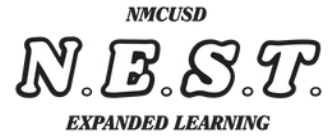




North Monterey County Middle School Athletic Emergency Card



Name: _____
(Last Name) (First Name)

Student ID: _____

Address: _____
Number Street City Zip Code

Parent Name: _____ Cell Phone: _____

Parent Name: _____ Cell Phone: _____

Emergency Contact: _____ Cell Phone: _____

Family Doctor: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ Policy #: _____

Allergies, medications or important medical information: _____

Authorization To Treat A Minor

We, understand, as parent or legal guardian of _____, a minor, do hereby authorize and consent to any X-ray examination, anesthetic, medical, or surgical diagnosis rendered under the provisions of the Medicine Practice Act or a dentist licensed under the provisions of the Dental Practice Act or an accredited General Hospital holding a current license to operate, in any hospital from the state of California.

It is understood that this permission is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or care being required but is to provide authority and power to render care which the aforementioned physician in the exercise of his best judgement. It is understood effort shall be made to contact the undersigned prior to rendering treatment to the parties that any of the above treatment will not be held if the undersigned cannot be reached. This authorization is given pursuant to the provisions of section 25.8 of the Civil Code of California.

List any restrictions: _____

Date: _____ Signature of parent/guardian: _____

Health Statement / Physician Approval

I hereby certify that the above student is physically fit engage in sports.

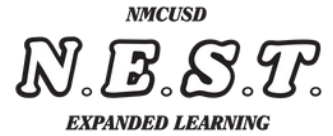
Physician Signature

State License #

A copy of a physical dated within one year can be included in lieu of a signature above.



Escuela secundaria del condado de
North Monterey
Tarjeta de emergencia atlética



Nombre: _____
(Apellido) (Nombre)

Identificación del estudiante: _____

Dirección: _____
Número Calle Ciudad Código Postal

Nombre del padre/madre: _____ Teléfono celular: _____

Nombre del padre/madre: _____ Teléfono celular: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono celular: _____

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____

Alergias, medicamentos o información médica importante: _____

Autorización para tratar a un menor

Nosotros, entendemos, como padre o tutor legal de _____, un menor, por la presente autorizamos y damos nuestro consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico realizado según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica o un dentista autorizado según las disposiciones de la Ley de Práctica Dental o un Hospital General acreditado que tenga una licencia vigente para operar, en cualquier hospital del estado de California.

Se entiende que esta autorización se otorga con antelación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención específica que se requiera, pero tiene como objetivo otorgar la autoridad y el poder para brindar la atención que el médico mencionado anteriormente determine según su mejor criterio. Se entiende que se hará todo lo posible por contactar al abajo firmante antes de brindar el tratamiento a las partes, y que dicho tratamiento no se suspenderá si no se puede contactar al abajo firmante. Esta autorización se otorga de conformidad con las disposiciones del artículo 25.8 del Código Civil de California.

Enumere las restricciones: _____

Fecha: _____. Firma del padre/tutor: _____

Declaración de salud / Aprobación del médico

Por la presente certifico que el estudiante mencionado anteriormente está físicamente apto para participar en deportes.

Firma del médico

Número de licencia estatal

Se puede incluir una copia de un documento físico con fecha no mayor a un año en lugar de la firma anterior.