

**FORMULARIO CON INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA,  
DEPARTAMENTO DE DEPORTES DEL CONDADO DE FULTON  
2025-26**

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: \_\_\_\_\_