

LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS

CUMPLIMIENTO DEL SEGURO ATLÉTICO:

Año escolar

2025-2026

Nombre del estudiante _____
 (Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Grado _____ Escuela _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha del último tétanos ____/____/____

Dirección _____ Código postal _____ Teléfono _____

Nombre del padre/tutor _____ Teléfono _____

Nombre de la madre _____ Teléfono _____

En caso de emergencia, si no podemos contactar a uno de los padres:

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 póliza 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 ADQUIRIÓ 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
 (nombre del estudiante) 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 a juicio 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)