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 tétanos ___/___/___

Dirección _____ Teléfono _____
Código postal

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 un plan individual, voluntario y estudiantil y que se envió la solicitud con la prima requerida para esta cobertura a la compañía.
(nombre del estudiante)

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)