

Programa de Deportes/Actividades Interescolares Después de Clases AUHSD

Permiso para Servicios de Urgencia y Médicos

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____ Edad _____ Grado _____ No. de Identificación _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo MASCULINO FEMENINO

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Nombre del Padre _____ Número de Celular _____

Nombre de la Madre _____ Número de Celular _____

Médico de Cabecera _____ Número de Teléfono _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

AVISO: El estudiante no puede salir de la escuela o del hospital sin el permiso de uno de sus padres o de un adulto autorizado. Si hay una emergencia que requiere que el estudiante tenga que salir de la escuela

y no se puede localizar a uno de los padres, la escuela o el hospital se puede comunicar con:

Nombre/Parentesco o Relación _____ Número de Celular _____

Nombre/Parentesco o Relación _____ Número de Celular _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

AVISO: Los padres deben informarle a la escuela de cualquier medicamento(s) que el estudiante regularmente toma (Código de Educación 49480).

Medicamento y Dosis _____

¿Tiene el estudiante alguna alergia? Sí No _____

Previas lesiones/cirugías _____

¿Tiene asma el estudiante? Sí No Fecha de la última vacuna del Tétano _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

AVISO: El distrito escolar no paga los honorarios y gastos médicos de los estudiantes que se lesionan en la escuela o en una actividad fuera del plantel patrocinado por la escuela. Hay seguro estudiantil contra accidentes disponible por medio de la escuela para sufragar algunos de los gastos.

¿Compro seguro por medio de la escuela? Sí No

Titular del Seguro _____

Compañía de Seguros _____ Número de Póliza _____ Teléfono _____

Yo/nosotros por la presente le otorgamos permiso a la escuela, hospital remitido, sus médicos y/o entrenadores atléticos a prestar los primeros auxilios o tratamiento de emergencia y todo tratamiento preventivo y de rehabilitación que se considere necesario para proteger la salud y el bienestar de este estudiante. **Yo/nosotros además otorgamos**, cuándo se considere necesario, permiso para la internación y tratamiento de urgencia en una instalación competente y/o certificada para proteger la salud y el bienestar de este estudiante. **Yo/nosotros además exoneramos** al Distrito Unido de Escuelas Secundarias de Anaheim, los hospitales remitidos, sus médicos y/o entrenadores atléticos, agentes, servidores, y empleados de cualquier responsabilidad por daños y/o lesiones a este estudiante. **Yo/nosotros por la presente asumimos** toda responsabilidad por cualquier y todo daño o lesiones sufridas como resultado de la participación en deportes.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del Estudiante Atleta _____ Fecha _____