



TARJETA DE INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA INTERESCOLAR

(Por favor imprima)

Ciclo escolar \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Deporte \_\_\_\_\_
Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Escuela secundaria \_\_\_\_\_
# de matricula \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
(mes) (día) año)
Dirección del estudiante \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_
Padre \_\_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Madre \_\_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Tutor \_\_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
Otro individuo para notificar si es necesario \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Hospital preferido \_\_\_\_\_ Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Enumere cualquiera alergias conocidas \_\_\_\_\_
Enumere cualquiera medicamentos que el estudiante esté tomando actualmente \_\_\_\_\_

Enumere cualquiera condiciones médicas por las cuales el estudiante está recibiendo tratamiento (ej., asma, diabetes, anemia de célula depreanocítica) y el nombre y número de teléfono del médico

El médico del equipo, entrenador atlético certificado y/o entrenador pueden administrar un tratamiento de emergencia hasta que se pueda contactar al padre/tutor. Damos nuestro consentimiento para que los oficiales escolares o los entrenadores usen su juicio en obtener ayuda, transportación y el servicio de ambulancia en caso de que no se pueda contactar al padre/tutor.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

ISC1002SP

Interscholastics | Tucson Unified School District

Revised: 11/07/12



PERMISO DEL PADRE/TUTOR PARA LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES INTERESCOLARES

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Etnicidad:

blanco [ ] africanoamericano [ ] hispano [ ] indio americano o nativo de Alaska [ ] asiático o isleño del Pacífico [ ]

Nosotros/yo damos/doy mi/nuestro consentimiento para que \_\_\_\_\_ tome parte en una competencias atléticas interescolares y otras actividades durante el ciclo escolar \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. Comprendemos/comprendo que la participación en los eventos atléticos interescolares organizados incluye el potencial de lesión que es inherente en todos los deportes. Nosotros/yo damos/doy consentimiento para un Entrenador de Atletismo Certificado para proporcionar técnicas terapéuticas y de rehabilitación, como lo estipula la Ley de Licencias de Arizona, para asistir en la recuperación de lesiones o enfermedades. Reconocemos que las lesiones son una posibilidad aun con el mejor entrenamiento, el uso de equipo protector más avanzado y una observación estricta de las reglas. En casos raros, estas lesiones pueden ser tan severas que resultan en la discapacidad total, parálisis, cuádrupleja o aun muerte.

RECONOCEMOS QUE HEMOS LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTA ADVERTENCIA

(Este distrito escolar no tiene una póliza de seguro en caso de accidente para cubrir las lesiones sostenidas en el programa interescolar. El seguro contra accidentes es la responsabilidad de los padres o tutores. Como conveniencia, pueden obtener un formulario para una póliza de seguro en caso de accidentes en la oficina escolar de actividades. El pago y/o la correspondencia son por medio de la compañía de seguros.)

Certificamos/certifico que la dirección y número de teléfono enumerados abajo son correctos. Aceptamos/acepto la responsabilidad de notificar a la escuela si esta dirección/número de teléfono cambia durante el ciclo escolar actual.

Tenemos un seguro médico a nombre del estudiante antedicho. Sí [ ] No [ ]

(Firma del padre/tutor) \_\_\_\_\_ Fecha) \_\_\_\_\_

(Dirección) \_\_\_\_\_ (Código postal) \_\_\_\_\_

(Teléfono en casa) \_\_\_\_\_ (Emergencia/Teléfono del trabajo de los padres) \_\_\_\_\_

OFFICE USE:

Physical Exam \_\_\_\_\_ Fees \_\_\_\_\_ Grades \_\_\_\_\_ Emergency Card \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

ISC1003SP

Revised: 12/13/14