

**Programa de Deportes y Actividades Internas Extracurriculares de AUHSD**  
**Formulario de Consentimiento Médico y Cuidado de Salud en Caso de Emergencia**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Número de Identificación del Estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género M F  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR**

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Médico Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA**

**AVISO:** El estudiante no puede retirarse de la escuela o hospital sin el permiso de un padre u otro adulto autorizado. Si una situación de emergencia requiere que el estudiante se retire de la escuela y un padre no puede ser localizado, la escuela o el hospital se puede comunicar con:

Nombre/Relación \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Nombre/Relación \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

**AVISO:** Los padres deben notificar a la escuela sobre cualquier medicamento(s) que el estudiante tome regularmente (CÓDIGO EDUCATIVO 49480).

Medicamento y Dosis \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia(s) el estudiante? Si No \_\_\_\_\_

Cirugías/Lesiones Previas \_\_\_\_\_

¿Tiene asma el estudiante? Si No Fecha de la última vacuna de Tétano \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SEGURO**

**AVISO:** El distrito escolar no es responsable de pagar el costo de doctores o gastos médicos para los estudiantes que se lastiman en la escuela o en actividades que son patrocinados fuera del plantel escolar. El seguro contra accidentes para estudiantes que puede costear algunos de estos gastos, está disponible por medio de la escuela.

¿Compró el seguro por medio de la escuela? Si No

Nombre del Subscriptor \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Yo/nosotros damos** permiso a la escuela, hospital, sus médicos y/o entrenadores atléticos de proveer primeros auxilios o tratamiento médico y todos los tratamientos preventivos o de rehabilitación que sean razonablemente necesarios para proteger la salud y bienestar de este estudiante. **Yo/nosotros/ adicionalmente, damos permiso**, para hospitalización y tratamiento de emergencia en una instalación competente y autorizada para proteger la salud y bienestar de este estudiante cuando sea necesario. **Yo/Nosotros adicionalmente liberamos** al Distrito Unido de Escuelas Secundarias de Anaheim, los hospitales, sus médicos y/o entrenadores atléticos, agentes, servidores, y empleados, de cualquier responsabilidad por los daños y/o lesiones del estudiante. **Yo/nosotros aceptamos** la responsabilidad total de cualquier y todos los daños o lesiones que ocurran como resultado de la participación en deportes.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante Atleta \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_