

TARJETA MÉDICA DEL ATLETA DE LA ESCUELA

(Padre/Guardián: Por Favor imprima y complete secciones 1, 2 & 3)

Sección 1: CONTACT/PERSONAL INFORMATION

NOMBRE: _____ DEPORTE: _____ SS#: _____

EDAD: _____ GRADO: _____ F. NACIMIENTO: _____ PADRE/GUARDIAN: _____

DIRECION: _____

TELEFONO: (C) _____ (T) _____ (C) _____ (P) _____

Persona a contactar en caso de emergencia:

NOMBRE: _____ TELEFONO (s): _____

NOMBRE: _____ TELEFONO (s): _____

Doctor de Preferencia (y permiso a llamar sí es necesario):

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

HOSPITAL DE PREFERENCIA: _____ SEGURO: _____

POLIZA #: _____ GRUPO: _____ TELEFONO: _____

Sección 2: INFORMACION MEDICA

ENFERMEDADES MEDICA: _____

ULTIMO TETANUS (m/ano): _____ ALERGIAS: _____

MEDICINAS: _____

(medicinas que deben tomarse durante deportes se exige una nota de un doctor)

HERIDAS PREVIA DE CABEZA/CUELLO/ESPALDA: _____

PREVIOS PROBLEMAS DE CALENTADURA: _____

HERIDAS PREVIAS SIGNIFICANTES: _____

ALGUNA OTRA INFORMACION MEDICA IMPORTANTE: _____

Sección 3: Permiso Para Condicionamiento Atlético, Entrenamiento y Procedimiento de Cuidado Medico

Yo doy permiso a mi hijo/a a participar en el programa Condicionamiento Atlético, Entrenamiento y Procedimiento de Cuidado Medico de la escuela y recibir cualquier tratamiento necesario que incluya primeros auxilios, procedimiento diagnostico, y tratamiento medico, que sea proveído por un doctor, enfermera, entrenados atletas, u otro cuidado medico que trabaje directamente o por medio a un contrato de escuela, o de la escuela contra se compite. El cuidado medico tiene mi permiso a revelar información medica de mi hijo/a a otros cuidados médicos y oficiales de la escuela. En caso de que yo no pueda ser contactada durante una emergencia doy permiso a transportar mi hijo para que reciba el tratamiento necesario. Yo entiendo que la Asociación de Deportes Escolares de Delaware o sus asociados pueden pedir información en cuanto al estatus de salud del atleta, y doy permiso para revelar esta información siempre y cuando esta información no identifique a mi hijo/a.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Atleta: _____ Fecha: _____

Sección 4: Autorización de Participación

Autorización sin restricciones Autorización con las siguiente restricciones:

Firma de Proveedor Medico: _____ MD/DO, PA,NP Fecha: _____

Usa de oficina/For office use only: This card is valid from May 1, 20____ through June 30, 20____

Note: If any changes occur, a new card should be completed by the parent/guardian. The original card should be kept on file in the school athletic director's or athletic trainer's office. A copy should be kept in the sports' athletic kits. This card contains personal medical information and should be treated as confidential by the school, its employees, agents, and contractors.

Name of School: _____ Name of ATC: _____