

Deporte: _____ Estación: Otoño Invierno Primavera

TARJETA PARA EMERGENCIA DEPORTIVA DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO JEFFERSON COUNTY

Nombre del atleta: _____. Esta tarjeta debe ser llenada por el padre o representante.

Por favor use letra molde

NOMBRE _____ / _____
Padre o representante Firma Fecha

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: Casa _____ Trabajo _____

NÚMERO SEGURO DE SALUD _____ COMPAÑÍA SE SEGURO _____

DOCTOR DE LA FAMILIA (1) _____ TELÉFONO _____

(2) _____ TELÉFONO _____

FAMILIAR (1) _____ TELÉFONO: Casa _____ Trabajo _____

(o persona autorizada)

(2) _____ TELÉFONO: Casa _____ Trabajo _____

En caso de que no podamos contactar a los padres, doctor de la familia, familiar, o persona autorizada, indique su hospital de preferencia:

(1) _____ (2) _____

SI NO PODEMOS CONTACTAR A NINGUNA DE LAS PERSONAS DESCRITAS ANTERIORMENTE, EL ENTRENADOR TOMARÁ UNA DECISIÓN PARA PROTEGER Y ASISTIR AL ATLETA LESIONADO DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES POLÍTICAS: **A.** Preocuparse por el atleta. **B.** Notificar a los padres o representantes del atleta, o si ninguno de ellos pueden ser contactados, seguir las instrucciones dadas en la tarjeta para emergencias del atleta. **C.** En casos extremos, hacer que al atleta se le brinde cuidado profesional con o sin permiso de la familia **D.** En casos de emergencia de rescate, el entrenador debería llamar al 911. **E.** Llenar un informe sobre el accidente.

PARA RESCATE DE EMERGENCIA: LLAMAR AL 9-1-1

Alguna otra información importante _____

Form 46-003500 Rev. 2-08

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE LA SALUD DE ESTUDIANTES ATLETAS

Nombre del atleta: _____ Edad: _____

Nombre de la escuela: _____

Consentimiento para preparación física, entrenamiento, y procedimientos de cuidado de salud

Por medio de la presente, yo doy mi consentimiento a mi hijo(a) para que participe en el programa de condicionamiento y entrenamiento atlético y para que reciba cualquier tratamiento de cuidado de salud necesario, incluyendo primero auxilios, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico, el cual puede ser provisto por doctores, enfermeras y otros proveedores de cuidado de salud, incluyendo entrenadores certificados en deporte. Los entrenadores certificados en deporte tienen mi permiso para revelar información sobre lesiones deportivas sobre mi hijo(a) a la escuela. En caso de que yo no pueda ser localizado durante una emergencia, por medio de la presente, yo doy mi permiso a mi hijo(a) a ser transportado para que reciba el tratamiento necesario. Yo entiendo que los entrenadores certificados en deporte hacen investigaciones para prevenir las lesiones deportivas y usan información general que no identifica personalmente al estudiante en particular. Los entrenadores certificados en deporte pueden usar esta información general que no identifica a mi hijo(a) en sus investigaciones.

Firma del padre o representante _____ Fecha _____

Esta tarjeta es válida del 1 de agosto de 20__ al 31 de julio de 20__.

Nota: Si la información anterior cambia, el padre o representante debe llenar otra tarjeta lo más pronto posible.