



CONSENTIMIENTO PARA CUIDADOS DE EMERGENCIA Y SEGURO.
2023-2024

Yo, el abajo firmante, soy el padre de o tutor legal de _____,
un menor. En mi ausencia, durante el año escolar 2023-2024, extendiendo mandato legal para autorizar el
cuidado médico sobre el menor mencionado mas abajo _____ al cuerpo técnico
del High School, incluyendo a los entrenadores y/o personal de respuesta ante emergencias.

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

Nombre del Padre Legal/Tutor (Padre) _____

Madre _____ Dirección _____

Teléfono _____

de casa _____ Fono alternativo _____

Emergency Contact _____ Teléfono _____

1. **MÉDICO PREFERI** : **Teléfono** _____

Teléfono _____

Si ninguno de los médico esté disponible, tenemos su permiso para llevar a su hijo a un hospital con otro
médico? YES _____ NO _____ Hospital Preferido _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Problemas médicos existentes _____

_____ Alergias _____

Última vacuna contra el tétano(Mes/Año) _____

_____ Medicamento de rutina _____

_____ Restricciones/Instrucciones _____

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Compañía de Seguros _____ Póliza # _____

_____ Grupo# _____ Persona asegurada _____

**Si su estudiante NO está actualmente cubierto por un seguro, POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE
LO SIGUIENTE: Los padres/tutores son los únicos responsables de conseguir un seguro de salud
para los estudiantes. El Distrito escolar Granite y sus escuelas, entrenadores, administradores y
empleados, no son responsables por las lesiones o tratamientos médicos resultantes ,asociados a la
participación de su estudiante en cualquier programa de atletismo, evento deportivo, o actividad.
Si, por cualquier razón usted escoje no comprar un seguro para su estudiante, usted asume
personalmente toda la responsabilidad por lo mismo.**

**Al firmar mas abajo, USTED COMPRENDE Y ACEPTA LO SIGUIENTE: MI estudiante está cubierto por un seguro,
Yo estoy tomando una cobertura de seguro para mi estudiante, o Yo estoy dando permiso a mis estudiante para
que participe en eventos atléticos y actividades, sin seguro, lo que significa que comprendo el riesgo, y asumo
toda la responsabilidad ante cualquier lesión o tratamiento médico asociado con esa participación.**

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ **Fecha** _____