

**TARJETA DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA – Español****CONSEJO ESCOLAR DEL CONDADO DE ORANGE, Florida (Por favor, imprima)**

Nombre Legal del Atleta: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Atleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna del tétano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mi hijo/a es alérgico/a los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene las siguientes alergias: \_\_\_\_\_

Por favor identifique cualquier lesión o enfermedad grave que haya tenido su hijo/a: \_\_\_\_\_

Contacto alternativo en caso de emergencia\_ familiar/amigo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero(s) de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Usted comprende que el seguro ofrecido por las Escuelas Públicas del Condado de Orange es una póliza secundaria y pagará solo después de que su seguro personal pague. También entiende que su hijo/a solo está cubierto por el seguro deportivo de OCPS durante la temporada especificada por FHSAA. Por favor escriba "ninguno" si no tiene seguro personal para este atleta.

Compañía de Seguros Primaria: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Usted comprende que, si alguno de los padres, tutor o estudiante falsifica alguna firma o información en la tarjeta de tratamiento médico de emergencia, el estudiante será declarado no elegible para participar en cualquier actividad inter-escolar del Condado de Orange por un año calendario desde la fecha de divulgación. Además, usted otorga su permiso para que el personal escolar apropiado y sus designados brinden tratamiento médico o autoricen el tratamiento médico de parte de un hospital y/o médico y está de acuerdo en mantener a la Junta Escolar y a sus empleados y agentes, indemnes en la administración de dicha asistencia. Por la presente, reconozco y certifico que he leído el documento médico de emergencia y que entiendo y estoy de acuerdo con sus términos. Sección 92.525, Estatuto de FL.: "Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo anterior y que los hechos que figuran en él son ciertos". Estoy de acuerdo en estar sujeto a sus términos y he revisado y explicado este anuncio con mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/ Tutor Legal\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/ Tutor Legal\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Por Favor Complete Ambas Tarjetas****TARJETA DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA – Español****CONSEJO ESCOLAR DEL CONDADO DE ORANGE, Florida (Por favor, imprima)**

Nombre Legal del Atleta: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Atleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna del tétano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mi hijo/a es alérgico/a los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene las siguientes alergias: \_\_\_\_\_

Por favor identifique cualquier lesión o enfermedad grave que haya tenido su hijo/a: \_\_\_\_\_

Contacto alternativo en caso de emergencia\_ familiar/amigo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero(s) de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Usted comprende que el seguro ofrecido por las Escuelas Públicas del Condado de Orange es una póliza secundaria y pagará solo después de que su seguro personal pague. También entiende que su hijo/a solo está cubierto por el seguro deportivo de OCPS durante la temporada especificada por FHSAA. Por favor escriba "ninguno" si no tiene seguro personal para este atleta.

Compañía de Seguros Primaria: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Usted comprende que, si alguno de los padres, tutor o estudiante falsifica alguna firma o información en la tarjeta de tratamiento médico de emergencia, el estudiante será declarado no elegible para participar en cualquier actividad inter-escolar del Condado de Orange por un año calendario desde la fecha de divulgación. Además, usted otorga su permiso para que el personal escolar apropiado y sus designados brinden tratamiento médico o autoricen el tratamiento médico de parte de un hospital y/o médico y está de acuerdo en mantener a la Junta Escolar y a sus empleados y agentes, indemnes en la administración de dicha asistencia. Por la presente, reconozco y certifico que he leído el documento médico de emergencia y que entiendo y estoy de acuerdo con sus términos. Sección 92.525, Estatuto de FL.: "Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo anterior y que los hechos que figuran en él son ciertos". Estoy de acuerdo en estar sujeto a sus términos y he revisado y explicado este anuncio con mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/ Tutor Legal\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/ Tutor Legal\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_