

Distrito Escolar Unificado Lucia Mar
FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN DEPORTES – ESCUELA INTERMEDIA

Cada atleta DEBE tener ésta forma en los archivos de su entrenador. Si el atleta se lastima, ésta forma hace posible que nuestros entrenadores se pongan en contacto con los padres/guardianes con prontitud para la mejor manera de manejar cualquier lastimadura o emergencia.

Nombre del estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____	Grado: _____
Nombre del padre/ guardián: _____	Trabajo: () _____
Domicilio: _____	Celular: () _____
Ciudad, código postal: _____	Casa: () _____

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAMAR A:

_____	_____	() _____
Nombre	Parentezco	Número de Teléfono

En caso de una emergencia médica, nuestro personal hará todo lo posible para ponerse en contacto con el padre/guardián de inmediato. **Si el padre/guardián no puede ser contactado de inmediato, el personal llamará al doctor(es) que se indique abajo** o utilizará los servicios de una enfermera del distrito; o si no está disponible, llamará a cualquier médico disponible.

1 ^{era} Opción: Dr. _____	Teléfono: () _____
2 ^{nda} Opción: Dr. _____	Teléfono: () _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR

Por la presente autorizo a cualquier medico debidamente licenciado, técnico medico de emergencias, hospital, u otro centro médico para que trate a dicho menor (*estudiante mencionado arriba*) con el propósito de tratar de aliviar las lesiones mientras que él/ella es participante en un equipo deportivo de escuela intermedia del Distrito Escolar Unificado Lucia Mar.

Yo autorizo a cualquier medico con licencia a realizar cualquier procedimiento que él/ella considere necesario con el intento de tratar o aliviar cualquier lesión o condición relacionada no saludable de dicho menor que él/ella pueda encontrar durante una operación necesaria. Además doy consentimiento a que se administre la anestesia que se considere aconsejable por cualquier medico con licencia.

Me doy cuenta y aprecio que existe la posibilidad de complicaciones y consecuencias imprevistas en los servicios médicos, y asumo todo riesgo a nombre de mí mismo y de dicho menor. Además reconozco que no se está haciendo ninguna garantía en cuanto a los resultados de cualquier tratamiento.

Firma del padre: _____	Fecha: _____
Firma de la madre: _____	Fecha: _____
Firma del guardián: _____	Fecha: _____