



Mount Horeb Middle School Co-Curricular Activity Emergency Consent to Treat

Nombre del estudiante: _____ Grado: ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del padre / tutor: _____

Número de teléfono donde se puede localizar al padre / tutor en caso de una emergencia:

Trabajo: _____ Hogar: _____ Celular: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

(Aparte del padre / tutor)

HISTORIAL MÉDICO

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes:

1. Asma: No Sí

¿Lleva un inhalador? _____

2. Alergias: No Sí

En caso afirmativo, ¿a qué? _____

¿Lleva Epi-Pen? No Sí

Tipo de reacción: _____

* Si existe un Plan de Salud Individual (I.H.P.), adjúntelo.

¿Hay algunos otros problemas que debemos tener en cuenta? No Sí

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

SEGURO - Se **DEBE** marcar uno de los siguientes para participar.

Estamos interesados en la cobertura del seguro escolar. Envíenos una garantía de estudiante
Solicitud de seguro de servicios.

O

Creemos que tenemos una protección de seguro adecuada para nuestro hijo / hija mientras participa
en actividades co-curriculares.

Nombre de la compañía de seguros privada (bajo la cual su hijo / hija está cubierto):

Número de póliza: _____

Permiso de actividad

(Para ser firmado por el padre / tutor)

De conformidad con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y las regulaciones promulgadas en virtud de la misma (conocidas colectivamente como "HIPPA"), autorizo a los proveedores de atención médica del estudiante mencionado anteriormente, incluido el personal médico de emergencia y otros profesionales capacitados de manera similar que puedan estar asistiendo a una actividad co-curricular, para divulgar / intercambiar información médica esencial con respecto a la lesión y el tratamiento de este estudiante al personal apropiado del distrito escolar, como, entre otros: director, subdirector, asesor, asistente administrativo y / u otros proveedores de atención médica profesionales, con fines de tratamiento, atención de emergencia y mantenimiento de registros de lesiones.