

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ grado en otoño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono Particular \_\_\_\_\_

Información de la	madre	padre	tutor legal
Nombre			
Tfno trabajo			
Tfno celular			

A quién corresponda:

Yo/nosotros, los padres/tutor legal doy/damos permiso para que mi/nuestor hijo \_\_\_\_\_ participe en:

(Por favor, marque, y escriba iniciales y fechas para cada deporte en que participará su hijo en el año académico actual)

- Beisbol \_\_\_\_\_
- Softball \_\_\_\_\_
- Fútbol americano \_\_\_\_\_
- Basquetbol \_\_\_\_\_
- Atletismo \_\_\_\_\_
- Animadoras/porristas \_\_\_\_\_
- Voleibol \_\_\_\_\_

En caso de emergencia médica o dental, damos el consentimiento y autorización para cualquier tratamiento que sea necesario, incluyendo tratamiento de un médico o dentista licenciado y el transporte a cualquier hospital razonablemente asequible.

La siguiente información se proporciona para cualquier médico, dentista u hospital no teniendo acceso a los datos de la historia médica de mi hijo/a

\_\_\_\_\_  
 Médico de familia: Dirección: Teléfono:

\_\_\_\_\_  
 Dentista de familia: Dirección: Teléfono:

Fecha de la última vacuna de tétano: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro dental: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del agente: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono: \_\_\_\_\_

Otra información pertinente: \_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquier situación de las siguientes que aplique a su hijo/a que pueda requerir atención. Si su hijo/a no tiene ninguno, marque "ninguno".

- -alergias (si es que sí, liste aquí: \_\_\_\_\_)
- enfermedades de sangre
- Problemas de corazones creando limitaciones
- diabetes
- alergias serias a alimentos
- dificultades serias de la digestión (úlceras, colitis)
- -sordera parcial o completo
- alergias a las picaduras de los insectos
- -malignidad (leucemia, sarcoma, enfermedad de Hodgkin, etc)
- neurológicos (palsís cerebral, hidrocefalias, etc)
- ortopédicas –problemas severos requiriendo limitaciones (enfermedades de huesos, etc)
- respiratorias – problemas severos requiriendo limitaciones (asma, fibrosis quística, etc)
- -trastorno convulsivo (epilepsia, etc) Defina: \_\_\_\_\_
- trastorno del tracto urinario (nefritis, falta riñón, o vejiga)
- -ceguera parcial o completa
- -NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Medicamentos que se está tomando: \_\_\_\_\_

Información

adicional/instrucciones: \_\_\_\_\_

Tiene un plan de cuidado en la oficina de la escuela (marque si aplica)

Nosotros seremos responsables por todo coste y gasto incurrido en conexión con tratamiento médico o dental pertinente a esta autorización. Además, al ser necesario que mi hijo/a regrese a casa debido a razones de salud, disciplina, o de otro caso, acordamos pagar todo coste del transporte del regreso de nuestro hijo/a.

Finalmente, considerando la participación de nuestro hijo/a en las dichas actividades atléticas, acordamos que el Obispo Católico de Spokane, sus agentes y empleados no tengan ninguna responsabilidad en reclamaciones o demandas relacionadas con daños personales, enfermedades, o muerte, tanto como cualquier daño a propiedad y gastos de cualquier situación que pueda ser incurrido por nosotros o nuestro/a hijo/a mientras él/ella esté participando en dichas actividades (incluyendo en el transporte de ida y vuelta a los eventos), asumiendo toda responsabilidad en cuestión de daños personales, enfermedad, muerte, daño y gastos como resultado de la participación en estas actividades deportivas.

Hemos leído este formulario entero y firmamos de nuestra propia voluntad sabiendo sus términos y condiciones.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal Fecha