



Tarjeta Médica del Atleta

Deportes Intercolegiales en las Escuelas Secundarias
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 560-30
Octubre 2010

INSTRUCCIONES: Esta tarjeta debe mantenerse archivada en el botiquín de primeros auxilios de cada deporte. La misma deberá acompañar al atleta al ir al médico o al hospital cuando se requiera atención médica de emergencia.

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Nombre de la Escuela:

Número de Estudiante:

Domicilio:

Nombre del Padre/Madre/Guardián:

Teléfono de la Casa:

Teléfono del Trabajo:

Teléfono Celular:

Nombre del Padre/Madre/Guardián:

Teléfono de la Casa:

Teléfono del Trabajo:

Teléfono Celular:

Si no se puede localizar al padre/madre/guardián, el contacto en caso de emergencia es:

Nombre:

Relación/Parentesco:

Teléfono de la Casa:

Teléfono del Trabajo:

Teléfono Celular:

Segue al dorso

TARJETA MÉDICA DEL ATLETA

Médico de la Familia:

Teléfono:

Hospital de Preferencia:

Fecha de la Última Vacuna
Contra el Tétano:

Alergias:

Medicamento Suministrado en el Campo:

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

¿Tiene seguro médico su hijo/a? Sí No

Si la respuesta es Sí, Nombre de la Compañía de Seguros: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:

Por la presente autorizo al médico u hospital responsable de la atención médica a que suministre el tratamiento apropiado en caso de que yo no pueda ser localizado/a.

Firma del Padre/Madre/Guardián:

Fecha:

Esta tarjeta debe mantenerse archivada en el botiquín de primeros auxilios de cada deporte y debe estar disponible en todas las prácticas y torneos. La misma debe acompañar al atleta al ir al médico o al hospital cuando se requiera atención médica de emergencia.