



# TARJETA MÉDICA DEL/DE LA ATLETA

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

MCPS Form 560-30  
Mayo 2017

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

Nombre del/de la 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, la persona de contacto para casos de emergencia es: Nombre (Apellido, Primer Nombre)**

Nombre:

Relación/Parentesco:

Teléfono de la Casa:

Teléfono del Trabajo:

Teléfono Celular:

**Sigue al dorso**

## TARJETA MÉDICA DEL/DE LA ATLETA

Médico de la Familia:

Teléfono del Médico:

Hospital de Preferencia:

Fecha de la Última Vacuna  
Antitetánica:

Alergias:

El/la Estudiante Lleva Consigo un  
Auto-Inyector de Epinefrina:  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, debe completarse el  
[Formulario 525-14 de MCPS](#).

Medicamento Suministrado en el Terreno de Juego:

### INFORMACIÓN DEL SEGURO:

¿Tiene seguro médico el/la atleta?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:

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

Firma

Padre/Madre/Guardián o Estudiante Elegible:

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 tarjeta debe acompañar al/a la atleta al médico o al hospital cuando se requiera atención médica de emergencia.**