



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.