

OMAHA SOUTH EMERGENCY INFORMATION REPORT 2016-2017

REPORTE DE INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA (OMAHA SOUTH) 2016-2017

Name/ Nombre _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____

Address/ Dirección _____ Male/ Masculino _____ Female/ Femenino _____

Phone/ Teléfono _____ Student ID/ # ID del Estudiante _____ Grade/ Grado _____

Circle Sport that Athlete intends to participate in. *Circule el deporte en que el atleta pretende participar.*

| | Fall/Otoño | Winter/Invierno | Spring/Primavera | Fall-Spring/ Otoño- Primavera |
|------------|-------------|-----------------|------------------|----------------------------------|
| Girl/Mujer | CC Go SB VB | BkB SW | Soc Ten TR | Dance/Baile Cheer/Animación |
| Boy/Hombre | CC FB Ten | BkB SW WR | BaB Go Soc TR | Cheer/Animación |

Emergency Contact Numbers/Números de Contacto Para Casos de Emergencia: First Attempt will always be to home number listed above! *(El primer intento siempre será al teléfono de la casa listado en la parte superior.)*

Father/Guardian name

Nombre del Padre/Guardian _____ Home Phone/Telefono de Casa _____

Work Phone/Telefono del Trabajo _____ Cell Phone/Telefono de Celular _____

Mother/Guardian name

Nombre la Madre/Guardian _____ Home Phone/Telefono de Casa _____

Work Phone/Telefono del Trabajo _____ Cell Phone/Telefono de Celular _____

Name of person other than the above to contact in case of an emergency

Nombre de otra persona para contactar en caso de emergencia

Name/Nombre _____ Relation/Relación _____ Phone/Teléfono _____

Medical Information/ Información Medica:

****REQUIRED**Health Insurance Company** _____

****REQUERIDO SEGURO de SALUD TENER** Compañía de seguro de gastos médicos** _____

Current Health Information/Información del estado de salud Actual:

Do you regularly take medications/¿Regularmente toma medicamentos? Yes/Si _____ No/No _____

If yes, which ones?/Si la respuesta es si, ¿Cuáles? _____

Require eye wear?/¿Requiere usar lentes? No _____ Glasses/Anteojos _____ Contacts/Lentes de Contacto _____

List allergies or special conditions/ Liste cualquier alergia o condiciones especiales

Record of illnesses that have required doctor care in the past 2 years.

Mencione las enfermedades que han requerido de atención medica en los dos años pasados:

Record of any serious injuries or operations/ Mencione cualquier operación o lesiones graves:

We give our consent for coaches, athletic trainers, and team physicians to provide competent care and to use their own judgment in securing medical aid and ambulance service. The team physician, athletic trainer and/or coach will apply first aid treatment until the parents or emergency contact can be contacted. We further give the above listed the consent to disclose medical information only to those that need such information to perform their jobs adequately. A nosotros damos consentimiento equipo de médicos, al entrenador físico y/o entrenador aplicar tratamiento de primeros auxilios hasta que el medico familiar o los padres hayan sido contactados. Damos nuestro consentimiento a entrenadores, físicos y al equipo medico para usar su propio criterio para proveer atención medica y el uso de servicio de ambulancia en caso de que los padres no puedan ser localizados. Damos nuestro consentimiento de compartir la información medica arriba descrita solo para aquellos que necesita dicha información para desarrollar sus trabajos adecuadamente.

Parent Signature/ Firma del Padre _____ Date/ Fecha _____