

ESPAÑOL AL REVERSO

HOLLAND PUBLIC SCHOOLS

600 Van Raalte Avenue • Holland, MI 49423 ■ PH 616 494-2250 ■ FAX 616 393-7556

EMERGENCY INFORMATION – AND – PERMISSION TO TREAT

Name _____ Grade/School _____
Parent/Guardian Name(s) _____ Parent/Guardian Name(s) _____
Street _____ Street _____
Home PH _____ - _____ - _____ Home PH _____ - _____ - _____
Daytime PH _____ - _____ - _____ Daytime PH _____ - _____ - _____
Evening PH _____ - _____ - _____ Evening PH _____ - _____ - _____

EMERGENCY CONTACTS

Name 1 _____ Name 2 _____
Relationship _____ Relationship _____
Home PH _____ - _____ - _____ Home PH _____ - _____ - _____
Daytime PH _____ - _____ - _____ Daytime PH _____ - _____ - _____
Evening PH _____ - _____ - _____ Evening PH _____ - _____ - _____

PHYSICIAN CONTACT INFO

Family Physician _____ Other Physician _____
Office PH _____ - _____ - _____ Office PH _____ - _____ - _____
Emergency PH _____ - _____ - _____ Emergency PH _____ - _____ - _____

INSURANCE INFORMATION

Family Insurance Company/Carrier _____
Contract/Group Number _____ PHONE _____ - _____ - _____

Please Detail Any Special Medical Information Below

(allergies, bee sting allergies, known drug reactions, current prescribed medications, asthma, seizure disorders, heart condition or disease, etc.)

PERMISSION TO TREAT

I, _____, hereby give permission for my son/daughter, _____, to undergo medical treatment for any injury or illness he/she may sustain or acquire while engaged in athletics with Holland Public Schools. I understand the medical personnel of Holland Public Schools, including athletic trainers and team physicians will perform only those procedures within their training, credentialing, and scope of professional practice to prevent, care for, and rehabilitate athletic injuries. In the event more serious medical procedures are required and I cannot be contacted for my consent, I authorize any licensed medical practitioner to perform such procedures medically necessary to alleviate the problem.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE HOLLAND

600 Van Raalte Avenida • Holland, MI 49423 ■ TEL. 616 494-2250 ■ FAX 616 393-7556

INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA Y PERMISO PARA BRINDAR ATENCIÓN

Nombre: _____

Grado / Escuela _____

Nombre(s) del Padre/Tutor(es) _____

Nombre(s) del Padre/Tutor(es) _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Tel. de Casa _____ - _____ - _____

Tel. de Casa _____ - _____ - _____

Tel. en el Día _____ - _____ - _____

Tel. en el Día _____ - _____ - _____

Tel. en la Tarde _____ - _____ - _____

Tel. en la Tarde _____ - _____ - _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre 1 _____

Nombre: 2 _____

Relación _____

Relación _____

Tel. de Casa _____ - _____ - _____

Tel. de Casa _____ - _____ - _____

Tel. en el Día _____ - _____ - _____

Tel. en el Día _____ - _____ - _____

Tel. en la Tarde _____ - _____ - _____

Tel. en la Tarde _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE MÉDICO

Médico de la Familia _____

Other Physician _____

Tel. de oficina _____ - _____ - _____

Tel. de oficina _____ - _____ - _____

Tel. de Emergencia _____ - _____ - _____

Tel. de Emergencia _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Empresa de Seguros de la /Aseguradora _____

Número de Contrato/Grupo _____ Tel. _____ - _____ - _____

POR FAVOR anote abajo, a detalle, cualquier tipo de información médica especial

(alergias, alergias a piquetes de abeja, reacciones conocidas a fármacos, medicamentos recetados que actualmente toma, asma, trastornos con convulsiones, cardiopatías, etc.)

PERMISO PARA BRINDAR ATENCIÓN

Yo, _____, aquí doy permiso para que mi hijo/hija, _____, reciba tratamiento médico para atender cualquier lesión o enfermedad que él/ella pueda padecer o adquirir mientras que practique un deporte con las Escuelas Públicas de Holland. Yo comprendo que el personal médico de las Escuelas Públicas de Holland, incluyendo los entrenadores deportivos y los médicos de los equipos, solo realizarán estos procedimientos en base a su entrenamiento, sus licencias y dentro del rango de su desempeño profesional para prevenir, cuidar y rehabilitar las lesiones deportivas. En caso de que se requieran procedimientos médicos más delicados y yo no pueda ser contactado para dar mi consentimiento, yo autorizo a cualquier profesional de la salud autorizado para realizar dichos procedimientos que son médicamente necesarios para remediar el problema.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____