

Student's Legal Name: _____ School: _____ Grade: _____

Student's Date of Birth: _____ Date of last tetanus shot: _____

My child is allergic to the following medications: _____

My child has the following allergies: _____

Please identify any serious injuries or illnesses your child has had: _____

Alternate family member/friend to contact in case of emergency Name: _____

Telephone Number (s): _____

Primary Care Doctor Name: _____ Telephone Number: _____

You understand that the insurance offered by Orange County Public Schools is a secondary policy and will pay only after your personal insurance pays.

Please write "none" if you have no personal insurance on this student.

Primary Insurance Company: _____ Policy Number: _____

Insurance Company Address: _____

You understand if a parent, guardian or student falsifies any signature or information on the emergency medical treatment card, the student will be declared ineligible to participate in any Orange County interscholastic activity for one full calendar year from disclosure date. You further give your permission for appropriate school staff and their designees to render medical treatment or authorize medical treatment by a hospital and/or doctor and agree to hold the School Board and its employees harmless in the administration of such assistance. I hereby acknowledge and certify that I have read the emergency medical document, that I understand and agree with its terms. Florida Statutes (92.525) "Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing and that the facts stated in it are true." I agree to be bound by its terms and I have reviewed and explained the notice with my child.

Signature of Parent/Legal Guardian

Print Name of Parent/Legal Guardian

Date

Telephone (H) _____ Telephone (W) _____ Other: _____

Street Address: _____ Email Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

70530

TARJETA DE AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA **-ESPAÑOL** JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO ORANGE, FLORIDA

(Letra de Molde)

Nombre Legal del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

Mi hijo(a) es alérgico a las siguientes medicinas: _____

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: _____

Favor de identificar cualquier lesión seria o enfermedades que su hijo(a) ha tenido: _____

Miembro de familia/Amigo alterno que pueda contactarse en caso de emergencia Nombre: _____

Números de teléfono: _____

Nombre del Médico de Cuidado Primario: _____ Teléfono: _____

Usted comprende que el seguro ofrecido por las Escuelas Públicas del Condado Orange es una póliza secundaria y pagará sólo después de que haya pagado su seguro personal.

Por favor escriba "ninguno" si no tiene seguro personal para este estudiante.

Compañía Primaria de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Usted comprende que si un padre, encargado o estudiante falsifica cualquier firma o información en la tarjeta para tratamiento médico de emergencia, el estudiante será declarado inelegible para participar en cualquier actividad interescolar del Condado Orange durante un año calendario completo a partir de la fecha del descubrimiento. Usted adicionalmente concede su permiso para que el personal apropiado de la escuela y sus asignados ofrezcan tratamiento médico o autorice tratamiento médico por parte de un hospital y/o médico y acepta librar a la Junta Escolar y sus empleados de responsabilidad en la administración de tal asistencia. Por la presente reconozco y certifico que he leído el documento de evaluación deportiva, que comprendo y acepto sus términos. Estatuto de Florida (92.525) "Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo anterior y que los hechos presentados son verídicos. Acepto estar sujeto a sus términos y he revisado y explicado la notificación a mi hijo(a).

Firma del Padre/Madre/Encargado Legal

Nombre del Padre/Madre/Encargado Legal

Fecha

Teléfono (H) _____ Teléfono (O) _____ Otro: _____

Dirección: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____