

(Véase al reverso)

2020-2021

### COMPROBANTE DE SEGURO MÉDICO

La secundaria *Goshen Middle School* ya no está proporcionando seguro médico a ningún estudiante que participe en deportes; sin embargo,  *Goshen Middle School* ofrece una póliza de seguro complementario a cambio de una cuota.

Sí, deseo comprar el seguro complementario.

No, no deseo comprar el seguro complementario, pero tengo una póliza existente.

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

# de póliza del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Padre de familia o tutor)

No tengo seguro médico y no deseo comprar el seguro complementario. Tomo la responsabilidad de cualquier gasto médico en caso de accidente.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Padre de familia o tutor)

Fecha: \_\_\_\_\_

(VÉASE AL REVERSO)

Deporte  
OTOÑO \_\_\_\_\_

Deporte  
INVIERNO \_\_\_\_\_

Deporte  
PRIMAVERA \_\_\_\_\_

### TARJETA DE INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA 2020-2021

Género:  Masculino  Femenino

Fecha: \_\_\_\_\_  
Grado escolar en el año escolar 2020-2021 \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_  
(Apellido) (1<sup>er</sup> nombre) (2<sup>o</sup> nombre)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia primero llame a: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Lugar de empleo del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Lugar de empleo de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si no logra comunicarse con las personas mencionadas, llamar a:

(1<sup>a</sup> opción): \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

(2<sup>a</sup> opción): \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico: (1<sup>a</sup> opción): \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

(2<sup>a</sup> opción): \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

(Véase al reverso)

(Véase al reverso)

# CONTRATO REDHAWK 2020—2021

Puesto que he sido seleccionado como miembro del/de los equipo(s) deportivo(s) de *Goshen Middle School*, he leído este contrato. Y por la presente estoy de acuerdo en acatar las reglas y regulaciones del Departamento de Educación Física de *Goshen Middle School*. También entiendo que debo acatar las reglas establecidas por el/los entrenador(es).

Género Masculino  Femenino  niño

Nombre del/de la deportista (Escriba con letra de molde) Grado escolar en el 2020-2021

Firma del deportista Fecha

Puesto que mi hijo(a) ha sido seleccionado(a) como miembro del/de los equipo(s) deportivo(s) de *Goshen Middle School*, hemos leído y entendido la advertencia detallada en la página 1: "La misión, la visión y los valores", la introducción y el código de conducta. Hare todo lo que pueda para ayudar a cumplir el CÓDIGO DE CONDUCTA Y LA POLÍTICA DE DROGAS Y ALCOHOL REDHAWK. También autorizo a mi hijo(a) a participar en las recaudaciones en equipo.

Autorizo al personal de medicina deportiva de GHS a liberar información médica protegida para el propósito de tratar, coordinar o manejar la asistencia médica del deportista. También les revelaré la información médica necesaria a los entrenadores, a los contactos de emergencia, padres de familia o tutores, o a otro personal de medicina deportiva.

### Autorización para recibir medicamento

**Sí o No (Círcule uno):** La autorización le es dada al personal de entrenamiento deportivo para administrar medicamentos sin recetas.

Entiende cualquier medicamento que NO deba ser administrado: \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

LA CORPORACIÓN ESCOLAR DE GOSHEN utiliza fotos de deportistas en las páginas Web de deportes de GHS. POR FAVOR MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES:

\_\_\_\_ Le concedo mi permiso a GCS de usar el nombre de mi hijo con cualquier foto que sea usada.

\_\_\_\_ No le concedo mi permiso a GCS de usar el nombre de mi hijo con cualquier foto que sea usada.

Si tiene preguntas acerca de las reglas y regulaciones de la Dirección de Educación Física de

\*\*\* El código de conducta, la forma de emergencia médica y el examen médico, deberán completarse y presentarse en la Dirección de Educación Física antes de la primera práctica o el/la deportista no podrá participar en dicha práctica.

7º & 8º grado

\*\*\* La forma Consentimiento de común acuerdo de política de exámenes de drogas (Drug Testing Policy Consent), deberá completarse y presentarse a la Dirección de Educación Física, antes de que el deportista completa en caso de no haber estado en la lista de estudiantes a quienes se les habría hecho el examen de drogas al azar el año anterior.

## TARJETA DE INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA 2020-2021 IMPORTANTE

¿Su hijo padece de algún tipo de afección de la que debamos estar enterados por su salud y seguridad?  SÍ  NO  
Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún tipo de medicamento en el presente?  SÍ  NO  
- Si es así, apunte el nombre y la dosis del medicamento: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene algún tipo de alergia?  SÍ  NO Si es así, apúntela(s): \_\_\_\_\_  
¿Su hijo usa un inhalador?  SÍ  NO

¿Su hijo usa lentes de contacto?  SÍ  NO

### AUTORIZACIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA (PARTE I)

En el caso en el que no se hayan podido comunicar conmigo (padre de familia o tutor) ni con cualquiera de las personas en la lista, a través de un número razonable de intentos, por la presente le doy mi autorización a la administración de cualquier tratamiento de urgencia necesario practicado por el médico o dentista titulado disponible.

Esta autorización no cubre cirugía mayor, a menos que la opinión de los otros médicos o dentistas titulados se obtenga y antes de que dicha cirugía sea practicada.

FECHA \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia o tutor \_\_\_\_\_

### SI NO COMPLETA LA PARTE I, ES IMPRESCINDIBLE QUE COMPLETE LA PARTE II (PARTE II)

NO doy mi autorización para la administración de ningún tratamiento médico para mi hijo. En el caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de urgencia, quiero que las autoridades escolares: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia o tutor \_\_\_\_\_

(VÉASE AL REVERSO)

NOMBRE \_\_\_\_\_